

Tartu Ülikool
Meditšiiniteaduste valdkond
Peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut
Õendusteaduse õppetool

Jaanika Hain

**TOIMETULEK KODUS PÄRAST PUUSALIIGESE ENDOPROTEESIMIST–
PATSIENTIDE KOGEMUSED**

Magistritöö

Tartu 2020

Juhendaja: Merle Seera, MSc

Retsensent: Stella Kalvik, MSc (õendusteadus)

Lihthtsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Jaanika Hain,

1. Annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihthtsentsi) enda loodud teose

TOIMETULEK KODUS PÄRAST PUUSALIIGESE ENDOPROTEESIMIST-PATSIENTIDE KOGEMUSED

mille juhendaja on Merle Seera

1.1.reprodutseerimiseks, säilitamise ja üldsusele kättesaadavaks tegemise eesmärgil, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace-is lisamise eesmärgil kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni;

1.2.üldsusele kättesaadavaks tegemiseks Tartu Ülikooli veebikeskkonna kaudu, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace'i kaudu kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni.

2.Olen teadlik, et punktis 1 õigused jäävad alles ka autorile.

3.Kinnitan, et lihthtsentsi andmisega ei rikuta teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse seadusest tulenevaid õigusi.

Tartus

07.05.2020

KOKKUVÕTE

Toimetulek kodus pärast puusaliigese endoproteesimist–patsientide kogemused

Puusaliigese endoproteesimine on kõige tavalisem viis kuidas vähendada osteoartriidi poolt tekitatud vaevusi nagu valu ja liigese liikuvuse piiratus. Eestis ja mujal maailmas kasvab puusaliigese endoproteesimiste arv aasta-aastalt. Koduseks toimetulekuks pärast puusaliigese endoproteesimist tuleb patsientidel omandada mitmeid uusi teadmisi ja oskusi. Oluline on operatsioonijärgsetest piirangutest kinnipidamine ning samal ajal koduses keskkonnas igapäevaselt toime tulla. Muutused, mis kaasnevad endoproteesimisega, ei ole ainult füüsilised vaid põhjustavad patsientides ka vastuolulisi tundeid.

Käesoleva töö eesmärgiks on kirjeldada patsientide kogemusi toimetulekul kodus pärast puusaliigese endoproteesimist. Töö on empiiriline, kvalitatiivne, kirjeldav. Uuritavad värvati SA Tartu Ülikooli Kliinikumi statsionaarse taastusravi osakonnast. Töös osales 15 puusaliigese endoproteesimise läbi teinud patsienti. Andmed koguti poolstruktureeritud intervjuudega ajavahemikul 01.11.2018–28.02.2019. Andmeanalüüsiks kasutati induktiivset sisuanalüüsimeetodit.

Uurimistöö tulemustest selgus, et patsiendid saavad pärast operatsiooni haiglas olles teadmisi taastumisperioodi olemusest ja selle ajalisest kestusest. Mitmed saadud teadmised ja oskused olid seotud erinevate abivahendite olemasolu ja nende õige kasutamise kohta. Õpiti liikuma kõrge rulaatori ja küünarkarkudega ning kasutama igapäevategevusteks abivahendeid nagu haarats ja soki jalgatõmbaja. Asendravi tähtsus ning tüsistuste vältimine olid samuti teadmised, mida uuritavad välja tõid. Kodust toimetulekut raskendas ebapiisav õpetus tervishoiutöötajate poolt. Selle tõttu oli raskendatud igapäevategevuste tegemine. Kodune keskkond ja tugivõrgustiku puudumine mõjusid toimetulekule samuti raskendavalt. Toimetulek oli lihtsam kui saadi piisavat õpetust nii enne kui ka pärast operatsiooni. Samuti lihtsustas toimetulekut varasem sarnane kogemus, tugivõrgustiku olemasolu ning positiivne ellusuhtumine.

Märksõnad: puusaliigese endoproteesimine, kogemus, toimetulek, kodune keskkond, õpetamine, teadmised, oskused, tunded

SUMMARY

Coping at home after hip arthroplasty – patient experiences

Hip arthroplasty is the most common way to reduce the discomfort caused by osteoarthritis, such as pain and limited mobility of the joint. In Estonia and elsewhere in the world, the number of hip arthroplasties is increasing yearly. In order to cope at home after hip arthroplasty, patients need to acquire new knowledge and a number of new skills. It is important to adhere to postoperative restrictions and at the same time cope with everyday life at home on a daily basis. The changes that accompany hip arthroplasty are not only physical, but also cause conflicting feelings in patients.

The aim of this study is to describe patients' experiences of coping at home after hip arthroplasty. The study is empirical, qualitative, and descriptive. The subjects were recruited from the inpatient rehabilitation department of the Foundation Tartu University Hospital. Fifteen patients, who underwent hip arthroplasty, participated in the study. Data were collected through semi-structured interviews between 01/11/2018 and 28/02/2019. An inductive content analysis method was used for data analysis.

The results of the research showed that patients acquire knowledge about the nature of the recovery period and its duration after the operation in the hospital. A lot of knowledge was gained about the availability of different tools and the skills for their correct use. They learned to move with the help of a walker and elbow crutches, and to use aids for everyday activities such as a gripper and a sock puller. The importance of positioning treatment and the prevention of complications were also information that the subjects pointed out. Insufficient teaching by health care professionals made it difficult to cope at home. This made it difficult to carry out daily activities. The home environment and the lack of a support network also made it difficult to cope. Coping was easier if patients received adequate training both before and after the operation. Previous experience, the existence of a support network and a positive attitude to life made it easier to cope at home.

Keywords: hip arthroplasty, experience, coping, home environment, teaching, knowledge, skills, feelings

SISUKORD

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

KOKKUVÕTE

SUMMARY

1. SISSEJUHATUS.....	6
2. PUUSALIIGESE ENDOPROTEESIMINE JA PATSIENTIDE KOGEMUSED TOIMETULEKUGA KODUS PÄRAST PUUSALIIGESE ENDOPROTEESIMIST	9
2.1. Puusaliigese endoproteesimine	9
2.2. Patsientide teadmised ja oskused pärast puusaliigese endoproteesimist	10
2.3. Patsientide toimetulek kodus pärast puusaliigese endoproteesimist	11
2.4. Patsientide tunded pärast puusaliigese endoproteesimist	13
3. METOODIKA.....	15
3.1. Metodoloogilised lähtekohad	15
3.2. Uuritavad	15
3.3. Andmete kogumine.....	16
3.4. Andmete analüüs	17
3.5. Uurimistöö usaldusväärsus	18
4. TULEMUSED.....	20
4.1. Patsientide teadmised ja oskused pärast puusaliigese endoproteesimist	20
4.2. Patsientide toimetulek kodus pärast puusaliigese endoproteesimist	23
4.3. Patsientide tunded pärast puusaliigese endoproteesimist	28
5. ARUTELU	31
5.1. Patsientide teadmised ja oskused pärast puusaliigese endoproteesimist	31
5.2. Patsientide toimetulek kodus pärast puusaliigese endoproteesimist	32
5.3. Patsientide tunded pärast puusaliigese endoproteesimist	34

5.4. Uurimistöö usaldusväärsus ja kitsaskohad	36
5.5. Tulemuste olulisus ning ettepanekud edasiseks uurimiseks	38
6. JÄRELDUSED.....	41
KASUTATUD ALLIKAD.....	42
Lisa 1. Kutse uuringus osalemiseks.....	47
Lisa 2. Uuritava või tema seadusliku esindaja informeerimise ja teadliku nõusoleku vorm	49
Lisa 3. Uuritavatele esitatavad intervjuu küsimused	51
Lisa 4. Tartu Ülikooli Inimuuringute eetikakomitee luba	52

1. SISSEJUHATUS

Järjest enam kasvab alajäseme liigeste osteoartroosi esinemissagedus. 80%-l osteoartroosi põdevatest patsientidest esineb liikumisvõime langus ja 25% neist pole võimelised oma igapäevase eluga toime tulema (Kants jt 2010). Puusaliigese endoproteesimine on kõige tavalisem ja efektiivsem moodus osteoartroosi poolt põhjustatud vaevuste leevendamiseks, vähendades valu ja suurendades liigese liikumist (Hordam jt 2010, Perry jt 2011, Ko jt 2015).

Eestis kasvab samuti iga aastaga puusaliigese endoproteesimiste teostamise arv. Aastal 2017 teostati 1592 endoproteesimist, kuid 2018 aastaks kasvas see arv juba 1745-ni (Tervise Arengu Instituut). Vananev populatsioon on ortopeediliste teenuste kasvu üheks põhjustajaks Euroopas laiemalt. Nii nagu kasvab üle 65-aastaste elanike arv, suureneb ka ortopeediliste ravijuhtude arv, kuid see on kiireim ja efektiivseim viis taastada inimeste töövõime (Heiman jt 2012).

Puusaliigese endoproteesimine toob endaga kaasa nii füüsilisi kui ka psühholoogilisi väljakutseid. Probleemid tekivad enamasti põhjusel, et inimesed ei tea, kuidas kodus pärast puusaliigese endoproteesimist toime tulla ning millised on sellega kaasnevad piirangud ja ohud (Hordam jt 2010). Nende probleemide ennetamiseks ja valmisolekuks on oluline patsiendi ja ka tema lähedaste hea ettevalmistus koduseks toimetulekuks pärast haiglast lahkumist. Asjakohaseks ettevalmistuseks on vaja teadmisi, kuidas patsiendid operatsioonist taastuvad (Montin jt 2011, Ko jt 2015). Patsientide kogemuste kirjeldamine kodusest toimetulekust aitab mõista nende läbielamisi ning parandada endoproteesimise eelset kui ka -järgset õpetust, mis on oluline sujuvaks ja edukaks taastumisprotsessiks (Grant jt 2009). Tervishoiuteenuste osutamine peab toimuma patsiendikesksusest lähtuvalt (Kaheksa sammu inimese tervise heaks), seega on oluline läheneda igale patsiendile individuaalselt. 2019.aastal SA Tartu Ülikooli Kliinikumis tehtud patsientide rahulolu uuringust tuli välja, et patsiendid vajaksid haiglas viibides rohkem informatsiooni sellest, kuidas kodus iseseisvalt hakkama saada (Soodla jt 2019).

Vissers jt (2011) töid välja, et patsientide uurimine kodus keskkonnas annaks teadmisi nende igapäevatoimetuleku osas pärast endoproteesimist. Ka Soever jt (2010) ütlesid oma uurimistöös, et

vaja on rohkem teavet patsientide hirmude, lähedaste toetuse olemasolu ja koduse keskkonna kohta. Kogemus, kuidas taastumisprotsess kulgeb, mõjutab suurel määral patsiendi tundeid ja seisundit.

Varasematest uurimistöödest on selgunud, et peamised teadmised ja oskused, mis kaasnevad puusaliigese endoproteesimisega on tihti seotud füüsilise toimetulekuga, kuid samuti õpitakse, kuidas tegeleda ettetulevate probleemidega ning kohaneda operatsioonijärgsete piirangutega. Raskusi tekitavad mitmed igapäevaelutoimingud nagu riietumine, pesemine ning teadmatuse koduse keskkonna kohandamisest taastumise perioodiks. (McHugh ja Luker 2012, Demir ja Erdil 2013, Changsuphan 2018.) Pärast puusaliigese endoproteesimist kogevad patsiendid peamiselt valu, hirmu ja ärevust. Hirm kogu taastumisprotsessi ees takistab igapäevaste tegevuste teostamist, sellega seoses suureneb ärevus ja tekib sotsiaalne isolatsioon (Grant jt 2009, Gustaffson jt 2010, Montin jt 2011, Reay jt 2015). Kogetakse ka positiivseid emotsioone. Varasem kogemus sarnase operatsiooniga ning positiivne ellusuhtumine aitavad toimetulekut muuta lihtsamaks (Strickland jt 2017).

Suur osa patsientide kogemustele või toimetuleku kirjeldamisele keskendunud uurimistööd on suunatud ajale, mil operatsioonist on möödas vähemalt 6 kuud või enam (Grant jt 2009, Gustaffson jt 2010, McHugh ja Luker 2012, Sjoveian ja Leegard 2017, Wu jt 2018, Buker jt 2019). Erinevad operatsioonijärgsed piirangud, mis patsientidele seatakse, kestavad kuni kolm kuud. Käesoleva uurimistöö autor leiab, et on oluline mõista, kuidas patsiendid oma kogemusi toimetulekul kodus keskkonnas kirjeldavad kõigest kahe kuu möödumisel pärast operatsiooni, ajal kui kohustuslikud piirangud veel kestavad. Töö autorile teadaolevalt ei ole varasemalt Eestis patsientide kogemusi koduse toimetulekuga pärast endoproteesimist uuritud, mille tõttu on vähe teada, millised need kogemused tegelikult on. Seega ei ole tervishoiutöötajatel võimalik neile pakkuda ka efektiivset patsiendiõpetust ja ettevalmistust koduseks toimetulekuks.

Käesoleva magistritöö eesmärk on kirjeldada patsientide kogemusi toimetulekuga kodus pärast puusaliigese endoproteesimist. Uurimistöö eesmärgist lähtuvalt on uurimistööl järgmised uurimisülesanded:

- kirjeldada patsientide uusi teadmisi pärast puusaliigese endoproteesimist;
- kirjeldada patsientide uusi oskusi pärast puusaliigese endoproteesimist;

- kirjeldada patsientide toimetulekut kodus pärast puusaliigese endoproteesimist;
- kirjeldada patsientide tundeid pärast puusaliigese endoproteesimist;

2. PUUSALIIGESE ENDOPROTEESIMINE JA PATSIENTIDE KOGEMUSED TOIMETULEKUGA KODUS PÄRAST PUUSALIIGESE ENDOPROTEESIMIST

2.1. Puusaliigese endoproteesimine

Puusaliigese **endoproteesimine** (*hip arthroplasty*) on puusaliigese asendamine tehisliigesega artroosi puhul ning selle eesmärgiks on vähendada valu ja suurendada liigese liikuvust. Puusaliigese artroos on haigus, mille puhul inimene kogeb valu ning liikumine ja igapäevatoimetuste tegemine on raskendatud. (McHugh ja Luker 2012, Nagai jt 2014, Miao ja Lin 2018.) Osteoartroos on maailmas kümne kõige sagedamini esineva invaliidistava haiguse seas. Üle 60-aastaste inimeste seas esineb seda 9,6% meestest ja 18% naistest ning seejuures 80% neist on piiratud liikumine ning 25% ei tule toime oma igapäevaste tegevustega. Endoproteesimine on kõige sagedasem operatsioon, mida vanemaealiste seas tehakse siis, kui konservatiivne ravi enam ei aita. (Miao ja Lin 2018.) Puusaliigese endoproteesimise järgselt on patsiendid sageli haiglas vaid mõned päevad, kuid neil kulub kuudepikkune aeg taastumiseks ja täielikult paranemiseks (Ko jt 2015).

Puusaliigese endoproteesimine parandab enamasti inimeste elukvaliteeti ja seda just pikas perspektiivis. Sageli ei oska patsiendid ette näha, et taastumine operatsioonijärgselt on nii pikk ja vaevarikas ning naasmine tavapärasesse elurütmi võtab aega, sest füüsiline seisund seab teatud piirangud. Seega on oluline inimeste mitmekülgne õpetamine ja juhendamine, et neil ei tekiks peale operatsiooni liiga kõrgeid ootusi (Hordam jt 2010, Perry jt 2011, Heiman jt 2012, Stark jt 2014).

Patsiendi infomaterjalides on välja toodud, et suur osa operatsioonijärgsetest piirangutest kehtivad kuni kaks kuud. Liikumisel peab vähemalt 4–12 nädalat kasutama kõrget rulaatorit või küünarkarkusid, 8–12 nädalat võib istuda ainult kõrgendatud istmealusega ning alakeha riietamisel peab samuti kasutama abivahendeid, vältimaks liiga sügavat ettepainutust. Kaheksa nädalat on keelatud kükitamine ja autojuhtimine. (Kelk jt 2012.) Eeltoodule tuginedes saab öelda, et puusaliigese endoproteesimisi teostatakse patsiendi elukvaliteedi parandamiseks, kuid sellega kaasnevad mitmed probleemid, millega patsiendid arvestada ei oska.

2.2. Patsientide teadmised ja oskused pärast puusaliigese endoproteesimist

Teadmised ja oskused, mida patsiendid peale puusaliigese endoproteesimist saavad, on seotud enamasti füüsilise toimetulekuga. Samas õpitakse ka seatud piirangutega kohanemist. (Changsuphan 2018.) Patsiendid on välja toonud, et vajaksid rohkem teadmisi sellest, kuidas toime tulla valuga, mis on pärast operatsiooni sagedaseks kaebuseks. Valu intensiivsus on patsientidel erinev, kuid rohkem vajatakse teadmisi sellest, kui pikalt valu kesta võib, kuidas seda leevendada ning kelle poole valu püsimise või tugevnemise korral pöörduda. (Sjoveian ja Leegard 2017.) Strickland jt (2017) töid välja, et patsiendid ei osanud varem arvata, et valu vastu ei pea alati võtma ravimeid, vaid selle leevendamiseks võib haava piirkonda asetada külmaaplikatsiooni või kasutada asendravi võtteid.

Klemetti jt (2014) töid oma uurimuses välja, et lisaks füüsilise ja funktsionaalse paranemisega seotud teadmistele ja oskustele, vajaksid patsiendid ka holistlikku ning mitmedimensioonilist õpetust, kuidas tekkinud uue olukorraga kohaneda. Stark jt (2013) esitasid samuti, et patsiendid saavad teadmisi haiguse ja sellega seotud sümptomite kohta, kuid emotsionaalne pool paranemisprotsessis jääb tihti tähelepanuta. Koduseks efektiivseks toimetulekuks on oluline pakkuda patsientidele tuge ja õpetust, lähtudes seejuures nende individuaalsetest vajadustest ja neid ümbritsevast keskkonnast (Soever jt 2010, Björkman-Randström 2011). Kui patsiendid elavad üksinda, on vajalik, et keegi taastumise ajal neid kodus abistaks. Samuti on soovitatav teha kodus mõned kohandused selleks, et oleks kergem toime tulla (Huang jt 2018).

Perry jt (2011) rõhutasid patsiendikeskse lähenemise olulisust. Oma uurimuses leidsid nad, et patsiendid ei ole teadlikud sellest, millal lõpevad neile seatud piirangud, millal koormust suurendada või kui pikalt peaksid nad tegema erinevaid harjutusi, mida haiglas õpetati. Jagatav informatsioon oli liiga üldine, seda oli palju ning enda jaoks olulise teabe eristamine oli keeruline. Patsiendid soovisid saada individuaalsemat arutelu arsti või mõne teise tervishoiuspetsialistiga.

Julgustamine ja tagasiside andmine on patsientide jaoks oluline ning seda on tervishoiutöötajatelt saadud pigem vähem. Miao ja Lin (2018) töid oma uurimistöös patsientide enesekindluse tõstmiseks

välja seisukoha, et vajalik on hoida kontakti patsiendi ja tervishoiutöötaja vahel ka pärast haiglast lahkumist. Näiteks kuue nädala möödumisel operatsioonist sooviksid patsiendid tagasisidet oma taastumise kohta ning informatsiooni, kuidas edaspidi tegutseda. Huang jt (2017) leidsid samuti, et oluline on saada nõu ja julgustamist terve taastumise perioodi ajal. Specht jt (2018) jõudsid oma uurimistöös järelduseni, et patsientide nõustamiseks võiks luua võimaluse helistada ööpäevaringsel telefoniliinil, millelt saaks kontakti erialaspetsialistiga.

Statsionaarsele taastusravile suunatakse patsiente ortopeedia osakonnast erinevatel kaalutlustel. Enamasti toimub suunamine patsiendi enda või tema lähedaste soovil. Arvesse võetakse ka raviarsti soovitus, kui leitakse, et patsient ei saa veel ise kodus hakkama. Olenevalt vabade voodikohtade olemasolust võetakse taastusravisse vastu kõik kohasoovijad. Vajadusel leitakse patsientidele koht nende elukohajärgses haiglas, kus ei pruugi toimuda aktiivset taastusravi. Statsionaarset taastusravi pakub Lõuna-Eestis vaid SA Tartu Ülikooli Kliinikum ning Põlva Haigla AS. Seega ei ole väga palju valikuid taastusravi saamiseks ning seetõttu suunatakse sageli patsiendid SA Tartu Ülikooli Kliinikumi statsionaarse taastusravi osakonda.

2.3. Patsientide toimetulek kodus pärast puusaliigese endoproteesimist

Toimetulekuks (*coping*) nimetatakse inimese edukat tegutsemist, ning see väljendub oluliste probleemide lahendamises või keeruliste olukordade ületamises ning see vajab psüühilist, füüsilist või kognitiivset pingutust (Tammsaar 2010). Käesolevas töös keskendub uurija inimese toimetulekule kodus keskkonnas. Kodusesse keskkonda minek on patsientidele üldiselt positiivne, sest tegemist on turvalise ja tuttava kohaga. Samas tuntakse sealse toimetuleku ees ka hirmu, eriti patsientide poolt, kes elavad üksinda või kellel on koju jõudmiseks vaja liikuda treppidest. Kui kodu sissepääsu juures on trepid, siis sageli patsiendid ei lahkugi kodust, enne kui on täielikult paranenud. See aga mõjub igapäevaeluga toimetulekule negatiivselt, tekitades sõltuvust kõrvalisest abist ning sotsiaalset isolatsiooni. (Reay jt 2015, Miao ja Lin 2017.)

Üheks väljatöötatud mõõdikuks, mille alusel hinnatakse inimese igapäevategevustega toimetulekut on *Lawtoni* toimetuleku hindamise mõõdik. Selle alusel võetakse arvesse tegevusi nagu söögi

valmistamine, majapidamistööde tegemine, suutlikkus kasutada erinevat liiki transporti, poes käimine, telefoni kasutamine, ravimite võtmine ning iseseisvalt oma rahaasjadega tegelemist. Samuti hinnatakse enese eest hoolitsemise suutlikkust, mis on välja toodud *Katzi* iseseisvalt igapäevaelutegevustega toimetuleku hindamise mõõdikus. Selle alusel võetakse arvesse inimese suutlikkust teha tegevusi nagu enda pesemine, riietumine, tualetis käimine, põie- ja sooletegevuse kontrollimine, liikumine, toidu valmistamine. (Graf 2006.)

Haiglast lahkudes peavad patsiendid saama piisavalt teadmisi ja oskusi, et olla valmis koduseks toimetulekuks ja seda kas iseseisvalt või koos kõrvalise abiga. (Specht jt 2018.) Patsiendid ei tule kodus toime toidu ja joogi serveerimisega kuna peavad liikumisel kasutama karke. Kargud kukuvad tihti maha ning nende kasutamine köögis söögitegemise ajal on üsna keeruline. Nende kasutamise asemel eelistatakse toetuda tervele jalale ja liikuda valesid võtteid kasutades. (McHugh ja Luker 2012, Sjoveian ja Leegard 2017.)

Toimetulekule avaldavad mõju lisaks füüsilistele piirangutele ka psühhosotsiaalsed aspektid. Inimesed kaotavad võimekuse oma elu ise kontrollida, muutuvad sõltuvaks kõrvalisest abist ning kodus varem eksisteerinud rollid muutuvad (Grant jt 2009, Hordam jt 2010, Montin jt 2011, Reay jt 2015). Kui patsient ise usub, et ta suudab vajalikuga toime tulla, siis sellel on positiivne mõju tema taastumisele. Paremaks toimetulekuks kasutatakse huumorit, asjade mitte liiga tõsiselt võtmist ning mõistmist, et kõik takistused on ajutised. (Strickland jt 2017.)

Üks tähtsamaid aspekte eduka toimetuleku juures on emotsionaalse, finantsilise ja sotsiaalse toe olemasolu, milleta võivad patsiendid tunda end abituna (Perry jt 2011). Ka Wu jt (2018) rõhutasid, et tähtis on nii emotsionaalne kui ka füüsiline tugi. Vajatakse järjepidevalt tagasisidet ja kiitmist oma edusammude osas. Tugivõrgustikuks on sageli lähedased inimesed, abikaasad, elukaaslased, lapsed ja lapselapsed. Kuid samas võib üleliigne kõrvaline abi muutuda hoopis vastumeelseks, sest tuntakse end saamatuna. Iseseisvuse hoidmine ning igapäevaste tegevuste tegemine endale tuttavas keskkonnas on olulised aspektid taastumisprotsessis (Björkman-Randström 2013).

2.4. Patsientide tunded pärast puusaliigese endoproteesimist

Pärast puusaliigese endoproteesimist kogevad patsiendid peamiselt valu, hirmu ja ärevust. Hirmu suurendab puudulik informatsioon, kuna teadmatus kardetakse end vigastada ning see omakorda takistab igapäevaste tegevuste teostamist. Sellega seoses suureneb ärevus ja tekib sotsiaalne isolatsioon (Grant jt 2009, Gustaffson jt 2010, Montin jt 2011, Reay jt 2015). Sageli tuntakse hirmu kukkumise ees, mis takistab tegemast erinevaid igapäevategevusi. Seda kogevad enam patsiendid, kelle liikumine on rohkem piiratud, neil esineb kõrgem ärevuse tase või on nad varasemalt kukkunud. Selliste hirmude leevendamiseks on haiglas oluline roll tervishoiutöötajatel, kes peaksid keskenduma nende hirmude vähendamisele. (Gustaffson jt 2010, Nagai jt 2014, Buker jt 2019.) McHugh ja Luker (2012) ütlesid samuti, et patsiendid vajavad enesekindluse tõstmiseks rohkem tagasisidet ja julgustamist. Stark jt (2013) töid välja, et juba enne operatsiooni on oluline teha kindlaks, milline on patsiendi emotsionaalne seisund, ootused operatsioonile ning sellele järgnevale elule. Selliselt saab patsiente individuaalselt nõustada ja julgustada, mis aitaks kaasa nende ärevuse vähendamisele.

Kibestumist ja meeleheidet võib tekitada olukord, kus operatsioonist paranemine ei toimu nii kiiresti nagu oodatakse või kui esinevad tagasilöögid. Samas kui kõik läheb ootuspäraselt ja positiivselt, tuntakse tänu- ning rõõmutunnet. Üsna pea asendub see siiski murega, kuidas igapäevategevustega toime tulla. (Gustaffson jt 2010.) Patsiendid kardavad, et operatsioonijärgselt seatud füüsilised piirangud mõjutavad nende elu. Muretsetakse tööle tekkida võivate raskuste ning töö kaotamise pärast. (Ko jt 2015). Piirangud muudavad inimesed sõltuvaks kõrvalisest abist ning eluga toimetuleku osas tuntakse end võimetuna. Frustreerivalt mõjuvad näiteks aspektid, et ei saa õues liikuda ning ise autot juhtida. (Changsuphan jt 2018.) Perry jt (2011) leidsid, et patsiendid tundsid end halvasti seetõttu, et nende lähedased pidi sageli töölt koju jääma, et nende eest hoolitseda.

Positiivselt mõjuvad varasemad kogemused sama operatsiooniga. Sellisel juhul on patsiendid teadlikud eesootavatest takistustest ning oskavad nendega arvestada ja neid paremini ületada. Haiglast lahkumisel tuntakse kergendust, sest siis on võimalik ise oma aega planeerida ja otsuseid teha. Eriti puudutab see ravimite võtmist, magamist ning liikumist. Iseseisev tegutsemine ja otsustamine oma igapäevaelutegevuste juures aitab lõdvestuda ja paremini toime tulla. (Strickland jt 2017.)

Varasematele uurimistöödele tuginedes võib öelda, et patsientide kogemused toimetulekuga kodus on seotud mitmete erinevate aspektidega. Käesoleva uurimistöö autorile teadaolevalt varasemalt Eestis patsientide kogemusi toimetulekuga koduses keskkonnas pärast puusaliigese endoproteesimist uuritud pole. Nende kirjeldamine aitab mõista, millised on patsientide kogemused, milliseid oskusi ning teadmisi nad sellega seoses omandavad ning milliseid tundeid kogevad. Läbi nende kirjeldamise tekib arusaam, kas patsientide ettevalmistus koduseks toimetulekuks on piisav või on vaja arendada selles valdkonnas patsiendiõpetust.

3. METOODIKA

3.1. Metodoloogilised lähtekohad

Käesolev uurimistöö on empiiriline, kvalitatiivne ja kirjeldav. Empiirilises uurimuses tuginetakse reaalsest elust saadud kogemuste kirjeldamisele. Nähtuse kirjeldamine hõlmab endas selle identifitseerimist ning mõistmist (Grove jt 2015). Kvalitatiivne uurimismeetod aitab mõista uuritavat nähtust sellisena nagu inimene seda on kogenud (Gray jt 2017). Lähtuvalt uuritavast nähtusest on uurimistöö filosoofiliseks lähtekohaks fenomenoloogia, mille kohaselt antakse inimese kogemusele tähendus ning kogemust võetakse selliselt nagu see inimese teadvuses eksisteerib. Fenomenoloogia tugineb filosoofiale, kus keskendutakse inimese kuulamisele ning analüüsitakse nii verbaalset kui ka mitteverbaalset suhtlust, eesmärgiga mõista põhjalikumalt inimeste kogemusi. Nähtuse mõistmiseks peavad uuritavad enda kogemusi jagama ning seejärel uurija tõlgendab jagatud kogemust. Töösse saab kaasata inimesi, kes omavad antud nähtuse kohta kogemusi (Converse 2012, Gray jt 2017).

3.2. Uuritavad

Uurimistöösse kaasati patsiendid, kellele teostati puusaliigese endoproteesimine SA Tartu Ülikooli Kliinikumis ajavahemikus 01.09.2018 – 30.11.2018 ning kes vastasid alltoodud kriteeriumitele:

- nad olid vabatahtlikult valmis uurimistöös osalema,
- nad olid võimelised intervjuu käigus informatsiooni suuliselt edastama,
- neil oli uuritava nähtuse kohta isiklikke kogemusi,
- nad olid suutelised rääkima oma kogemusest eesti keeles.

Uuritavad kaasati SA Tartu Ülikooli Kliinikumi Statsionaarse taastusravi osakonnast. Uurija osales ise aktiivselt uuritavate värbamise protsessis. Uuritavate teavitamine ja uuringusse värbamine toimus uurimistöös osalemise kutse alusel (vt lisa 1). Uurija käis kriteeriumitele vastavate patsientidega vestlemas ja andis kutsed uurimuses osalemiseks isiklikult ning kõrvalisi isikuid uuritavate värbamiseks ei kaasatud. Patsientidele anti aega 1-3 päeva mõtlemaks, kas nad soovivad uurimustöös

osaleda. Seejärel käis uurija patsientidelt küsimas, kas nad soovivad uurimistöös osaleda ning positiivse vastuse korral võeti uuritavalt kontaktandmed. Lepiti kokku, et uurija võtab uuritavaga enne kahe kuu möödumist operatsioonist ühendust ning jätkuva nõusoleku korral lepiti kokku täpne aeg ja koht intervjuu läbiviimiseks. Töös osales 15 uuritavat.

3.3. Andmete kogumine

Andmete kogumine toimus ajavahemikus 01.11.2018–28.02.2019. Andmete kogumiseks kasutati poolstruktureeritud intervjuud, milles oli neli avatud lõpuga küsimust (vt lisa 3). Avatud lõpuga küsimused võimaldavad saada uuritava nähtuse kohta rohkem infot, sest uuritav saab rääkida vabas vormis ning küsida saab vajadusel täpsustavaid küsimusi, et paremini inimese tundeid mõista (Gray jt 2017). Uurimisküsimused moodustati varasemalt samal teemal läbiviidud uurimistööde tulemuste analüüsist ning uurimistöö eesmärgist lähtuvalt.

Selleks, et tagada kvaliteetne andmete kogumine, viidi läbi üks prooviintervjuu. Prooviintervjuude teostamine aitab välja tuua võimalikud nõrgad küljed küsimuste ülesehituses, nende järjestuses, vead, piirangud ning seeläbi parandada kogu andmete kogumisprotsessi (Turner 2010). Prooviintervjuu viidi läbi inimesega, kes vastas uuritavatele seatud kriteeriumitele. Kuna prooviintervjuu käigus ei ilmnunud vigu ning muudatusi intervjuude küsimustes tegema ei pidanud, kaasati andmed uurimistöösse. Efektiivse intervjuu läbiviimiseks on oluline tagada uuritavale vaikne ja privaatne keskkond, kus tuntakse end mugavalt (Gray jt 2017). Kõik intervjuud viidi läbi uuritavatele sobivas ja nende poolt pakutud keskkonnas. Enamus kohtumisi leidsid aset uuritavate kodudes, kuid üks viidi läbi raamatukogus, vaiksuses ruumis, kus ei olnud kõrvalisi segajaid.

Enne intervjuu toimumist tutvustas uurija uuritavale informeeritud nõusoleku vormi (vt lisa 2), mis allkirjastati kahes eksemplaris, millest üks jäi uuritavale ja teine uurijale. Intervjuud lindistati ühe diktofoniga, kuid alati oli kaasas varudiktofon juhuks, kui peaks tekkima tehnilisi kõrvalekaldeid. Intervjuude kestuseks oli 30-40 minutit. Selleks, et uuritav tunneks end mugavalt oma kogemustest rääkimisel, püüdis uurija julgustada uuritavaid rääkima loomulikult ning mitte laskma end diktofonist häirida. Intervjuud viidi läbi kõikide uurimistöös osaleda soovijatega, sest need olid kokku lepitud.

Andmebaas küllastus 14 intervjuuga, kuid lisaks tehti veel üks intervjuu kuna see oli uuritavaga varasemalt kokku lepitud ning see kinnitas andmete küllastumist.

3.4. Andmete analüüs

Intervjuu toimumise järgselt kirjutas uurija intervjuu sõna-sõnalt ümber ehk transkribeeris esimesel võimalusel. Andmed kodeeriti ning analüüsimine toimus isikuandmetest lahus. Analüüsitavat teksti moodustus kokku 63 lehekülge, mis oli kirjastiilis *Times New Roman* tekstisuurusega 12. Transkribeerimisel eemaldati intervjuudest mõttepausid, parasiitsõnad ja muud sõnad ja väljendid, mis võimaldaksid isikute või olukordade tuvastamist. Andmete analüüsimise protsess toimus samaaegselt andmete kogumisega, et võimalikult täpselt jälgida andmebaasi küllastumist.

Andmete analüüsimiseks kasutati induktiivset sisuanalüüsi, mis on mõeldud analüüsimaks kirjalikku, suulist või visuaalset teavet. Tegemist on süstemaatilise ja objektiivse meetodiga, kus andmed grupeeritakse ja kodeeritakse sarnaste tunnuste alusel ning jaotatakse kategooriateks eesmärgiga leida ühine ja üldisem nähtuse kirjeldus (Elo ja Kyngäs 2008). Sõna sõnalt ümberkirjutatud tekstid loeti korduvalt läbi ning märgiti analüüsitavad üksused, mis kirjeldasid uuritavat nähtust ja vastasid uurimistöö eesmärgile. Analüüsitavatele üksustele moodustati substantiivsed koodid, mis grupeeriti sarnaste tunnuste alusel alakategooriateks, need omakorda koondati sarnasuste alusel ülakategooriateks. Andmed vaadati korduvalt üle, kindlustamaks, et kõik uurimistöös olulised üksused oleksid kaasatud. Uurimistöö tulemuste kirjeldamisel on toodud näited intervjuudest, et lugejal tekiks parem arusaam, kuidas koodid on moodustatud. Tsitaadid on esitatud kaldkirjas ning jutumärkides. Tsitaadi mittesobiv osa on märgistatud punktiiridega (/.../). Iga tsitaadi lõpus on sulgudes intervjuu unikaalne kood, et tagada uuritavate anonüümsus (vt joonis 1).

Joonis1. Näide substantiivse koodi moodustumisest ja paigutumine alakategooriasse

Tähendust omav ühik	Lihtsustatud väljend	Substantiivne kood	Alakategooria	Ülakategooria
„/.../ et ma nii kaua selline abitu olen, seda ma ei osanud arvata.“	Ei teadnud, et paranemine võtab nii kaua aega	Teadmised taastumisprotsessi olemusest	Teadmised operatsiooni-järgsest perioodist	Patsientide teadmised pärast puusaliigese endoproteesimist

3.5. Uurimistöö usaldusväärsus

Käesoleva uurimistöö usaldusväärsuse tagamiseks on uurimistöö protsessi võimalikult detailselt kirjeldatud, valitud on uuritava nähtuse uurimiseks sobiv uurimismeetod. Oluline on analüüsiprotsessi läbipaistvus, et lugejal oleks nähtav seos tulemuste ja andmete vahel (Elo ja Kyngäs 2008). Uurimistöös osalenud uuritavad vastasid kõik püstitatud kriteeriumitele ning omasid piisavalt kogemusi ja teadmisi, et edastada uurimistöö eesmärgist lähtuvalt sobilikku informatsiooni. Uurimistöö läbiviimiseks taotleti kooskõlastus Tartu Ülikooli inimuuringute eetikakomiteelt (vt lisa 4) ning uurimistöösse kaasatud asutuselt, mis registreeriti SA Tartu Ülikooli Kliinikumi teadusuuringute registris.

Uurija jälgis uurimistöö kõiki etappe, nende vastavust eetiliste põhimõtetega. Uurimistöös osalemine oli vabatahtlik, osalejatele anti täpne informatsioon uurimistöö eesmärgist, osalemistingimustest ning õigustest. Andmete analüüsimisel tagati uuritavate anonüümsus ning konfidentsiaalsus. Enne andmete kogumist sõlmiti uurija ja uuritava vahel uurimistöös osalemiseks informeeritud nõusoleku vorm (vt lisa 2), mis allkirjastati kahepoolsest ning millest üks eksemplar jäi uurijale ning teine uuritavale. Uuritavatele anti ka võimalus uurimistööst osalemisest igal ajal loobuda, kuid selleks ei avaldanud uuritavatest keegi soovi. Kõik intervjuud lindistati diktofoniga ning kirjutati seejärel ümber uurija isiklikku arvutisse, millele ligipääs oli parooliga ning see oli teada ainult uurijal. Paber kandjal informeeritud nõusoleku vormid hävitatakse paberhundis ja elektroonilised failid kustutatakse arvutist magistriltöö kaitsmise järgselt. Lähtuvalt uurimistöö eesmärgist valiti andmete kogumise meetodiks

individuaalintervjuud. Võimalikult õigete andmete saamiseks valiti intervjuude läbiviimiseks sobiv keskkond, kus uuritavad tundsid end mugavalt ning neid ei häiritud ega eksitatud. Enne intervjuu toimumist juhatas uurija intervjuu sisse, selgitas selle läbiviimist ning suhtles uuritavaga sõbralikult. Uuritavad suhtlesid enamasti vabalt ja olid valmis oma kogemusi meeleldi jagama. Seda soodustas tõenäoliselt asjaolu, et uuritav ja uurija olid haiglas kohtunud ning ka telefoni teel suhelnud. Intervjuude ajal esines olukordi, kus uuritav kaldus teemast kõrvale. Sellistel kordadel palus uurija püsida teemas ning küsis vajadusel intervjuu küsimuse uuesti. Uurija ei esitanud intervjuude toimumise ajal endapoolseid arvamusi, ei mõjutanud uuritavaid ega intervjuude kulgu.

Andmete analüüsi usaldusväärsuse tagamiseks on andmetest välja toodud illustratiivsed tsitaadid, et näitlikustada analüüsiprotsessi. Selliselt on lugejale näha, kuidas on tekkinud substantiivsed koodid ning mille põhjal neid kategooriatesse paigutati. Siin on uurija taganud, et uuritavad ei ole tsitaatide järgi ära tuntavad, tsitaatidest on eemaldatud nimed, kohad ja situatsioonid, mis võivad olla tuntavad. Intervjuude ümberkirjutamisel ei olnud kõrvalisi isikuid, seda tehti kinnises ruumis, kus viibis uurija üksinda. Kuna uurija on erialaselt käesoleva uurimistööga lähedalt seotud, siis püüti teadlikult olla objektiivne. Andmete analüüsiprotsessi kaasati tulemuste objektiivsuse tõstmiseks uurimistöö juhendaja, kes vaatas üle moodustunud substantiivsed koodid ning nende paigutumise kategooriatesse. Andmete analüüsi käigus saadud tulemused on esitatud vastavalt sellele, kuidas need olid. Uurija püüdis igati vältida tulemuste mõjutamist.

4. TULEMUSED

4.1. Patsientide teadmised ja oskused pärast puusaliigese endoproteesimist

Esimene ülakategooria kirjeldab, milliseid teadmisi ja oskusi said patsiendid pärast puusaliigese endoproteesimist. See moodustus kuuest alakategooriast: „Teadmised operatsioonijärgsest perioodist“, „Teadmised abivahenditest“, „Teadmised asendravist“, „Teadmised tüsistuste vältimisest“, „Oskus abivahendiga õigesti liikuda“, „Oskus kasutada erinevaid abivahendeid igapäevategevusteks“. Andmete analüüsi käigus moodustusi leitud substantiivsetest koodidest alakategooriad (vt tabel 1).

Tabel 1. Patsientide teadmisi ja oskusi kirjeldavad substantiivsed koodid, alakategooriad ning ülakategooria

Substantiivsed koodid	Alakategooriad	Ülakategooria
-Teadmised taastumisprotsessi olemusest	Teadmised operatsioonijärgsest perioodist	Patsientide teadmised ja oskused pärast puusaliigese endoproteesimist
-Teadmised paranemise ajalisest kestusest		
-Teadmised erinevate abivahendite olemasolust	Teadmised abivahenditest	
-Teadmised abivahendite vajalikkusest igapäevategevuste tegemisel		
-Teadmised abivahendite hankimisest		
-Teadmised õigest magamis- ja lamamisasendist	Teadmised asendravist	(järgneb)
-Teadmised õigest kehahoiust		
-Teadmised õigest istumisasendist		

-Teadmised sellest, et vältida liikumist libedaga -Teadmised pesemistoimingute riskiteguritest -Teadmised võimalikest ohtlikest liigutustest	Teadmised tüsistuste vältimisest	
-Õige kõnnimustri omandamine kõrge rulaatoriga liikumiseks -Õige kõnnimustri omandamine karkudega liikumiseks -Õigete liikumistehnikate omandamine karkudega treppidel liikumiseks	Oskus abivahendiga õigesti liikuda	
-Soki jalgatõmbaja õige kasutamine -Haaratsi kasutamine asjade kättesaamiseks -Kõrgenduste kasutamine istumiseks	Oskus kasutada erinevaid abivahendeid igapäevategevusteks	

Patsientide **teadmised operatsioonijärgsest perioodist** olid enne operatsiooni vähesed, kuna suurel osal uuritavatest polnud varasemalt analoogset kogemust. Uuritavad, kel oli sarnane kogemus olemas, olid teadlikumad sellest, milline paranemisprotsess üldiselt on ning kui pikaks see võib kujuneda. Uuritavad, kel puudus varasem kogemus tõid välja, et paranemise periood osutus oodatust pikemaks. Seda põhjusel, et ei osatud arvata, et liikumisele seatud piirangud ning abivahendite kasutamise vajadus kujunevad nii pikaks.

“Ma ei osanud oodata, et see kõik võtab nii kaua aega /.../“ (3)

/.../“kuidagi lootsin, et saan kõigega kohe ise hakkama. Aga tegelikult olid igasugused piirangud peal veel pikalt.“ (7)

Teadmisi abivahenditest said uuritavad peamiselt haiglast spetsialistide käest. Uuritavatele selgitati, millised abivahendid on olemas ning milleks neid kasutada. Enamasti õpetati haiglas, kuidas kasutada

igapäevatoimetuste juures abivahendeid nagu soki jalgatõmbaja. Samuti saadi teadmisi haaratsi kasutamisest, millega maas asetsevaid asju üles võtta, vältimaks liiga sügava painutuse tegemist. Uuritavatele selgitati, millistest asutustest ning kuidas endale vajalikke abivahendeid hankida.

/.../“see, millega ma pidin sokke jalga panema, sest ei tohtinud kummardada, selle pidin ostma endale“/.../ (1)

/.../“ Haiglas kasutasin haaratsi moodi asja, et põrandale kukkunud asju kätte saada...poeg ostis selle mulle koju ka, aga ega ma seda alati ei kasutanud“/.../ (11)

Spetsialistide poolt jagatud **teadmised asendravist** olid uuritavate jaoks uued, kuna varasemalt polnud suur osa uuritavatest selliseid teadmisi vajanud. Teadmised, kuidas üldiselt oma keha hoida, millised on õiged võtted siirdumiseks, kuidas asendivahetust turvaliselt teha. Samuti toodi välja, et ei osatud arvata, et ka magamiseks on kindlad asendid ning abivahendid, nagu tugipadi, mis on mõeldud alakeha õige asendi toetamiseks magamisel või lamamisel. Varem ei teadnud uuritavad ka seda, et oluline on õige istumisasend, samuti istme kõrgus ja selle kõvadus.

„/.../Seda, et pean koguaeg jälgima, kuidas ma istun või pikali olen, ei osanud ma tõesti varem arvata“ (4)

Oluliseks uueks teadmiseks oli ka see, kuidas **vältida võimalikke tüsistusi** nii haiglas olles kui ka kodus. Näiteks, et vältida tuleks kõndimist libeda ajal ja olla ettevaatlik pesemisel. Ei tohiks kükitada, istuda liiga madalal ning istumise ajal ei tohi ristata jalgu.

„/.../ ja duši all käisin ma ikka nii, et ütlesin tütrele, et ta peab mind nüüd valvama, et ma ei libiseks /.../“ (8)

Kõik uuritavad omandasid pärast puusaliigese endoproteesimist **oskuse õigesti liikuda abivahendiga**, mis hõlmas karkude ja kõrge rulaatoriga liikuma õppimist. Seejuures oli oluline omandada see oskus õigesti ja ohutult, et vältida vale kõnnimustri omandamist ja tüsistuste tekkimist. Uuritavad kirjeldasid seda nagu uuesti kõndima õppimist. Selle oskuse omandamise kiirus sõltus

uuritava tervislikust seisundist, enesetundest ning ka varasema sarnase kogemuse olemasolust. Liikuma õppimiseks kulus rohkem aega, siis kui liikumine tekitas valu või jalg oli turses. Oluline oli ka koht, kus liiguti. Kui liikumiseks oli piisavalt ruumi ning liikumise pind oli tasane, tundus ka õige tehnika õppimine kergem. Treppidel liikumine ning takistustest möödumine või nende ületamine vajasis rohkem õpetamist ning harjutamist.

„/.../ kas nüüd astuda kõigepealt haige jalg ees ja siis toetuda sellele või vastupidi.“ (1)

„/.../minu jaoks oli treppidel käimise harjutamine kõige hirmutavam alguses, aga peale mõnda korda sain juba ilusasti hakkama.“ (11)

Uuritavad kirjeldasid pärast puusaliigese endoproteesimist omandatud oskuste seas ka **oskust kasutada erinevaid abivahendeid**. Peamised abivahendid, mida kasutatakse pärast puusaliigese endoproteesimist on sokijalgatõmbaja, haarats ning õige istumisasendi tagamiseks erinevad kõrgendused. Sokijalgatõmbaja kasutamise oskuse omandasid uuritavad peale vastavat näitlikustamist, seejuures tunnistati, et ilma praktilise näiteta ei oleks nad osanud seda õigesti kasutada. Haaratsi kasutamist, mis on vajalik eemalolevate asjade kättesaamiseks, kirjeldati kui kergemini õpitavat oskust, kuna see tundus lihtne ja loogiline. Toodi välja ka asjaolu, et mõnikord prooviti asju kätte saada pigem haaratsit kasutamata. Pärast puusaliigese endoproteesimist on oluline, et jälgitakse ka istumisasendit, eelkõige iste kõrgust. Tualetis kasutasid uuritavad abivahendina hangitud potikõrgendust, mis on vajalik, et puusad oleksid õiges painutusulatuses. Diivanil või toolil istudes kasutati sageli ise kohandatud varianti, kus asetati kõrgendusest kõvemad padjad.

„Sokijalgatõmbajaga ma ei saanud alguses üldse ise hakkama /.../“ (2)

„See asi, millega põrandalt näiteks mahakukkunud asju üles võtta, sellega ma harjusin päris kiiresti ära“ (7)

4.2. Patsientide toimetulek kodus pärast puusaliigese endoproteesimist

Teine ülakategooria kirjeldab patsientide toimetulekut kodus. Ülakategooria moodustus seitsmest alakategooriast: „Toimetulekut raskendas ebapiisav õpetus“, „Toimetulekut raskendasid

liikumispiirangud“, „Toimetulekut raskendas kodune keskkond“, „Toimetulekut raskendas tugivõrgustiku puudumine“, „Toimetulekut lihtsustas piisav õpetus,“ ja „Toimetulekut lihtsustas varasem kogemus“, „Toimetulekut lihtsustasid isikuomadused“ (vt tabel 2)

Tabel 2. Patsientide toimetulekut kodus kirjeldavad substantiivsed koodid, alakategooriad ning ülakategooria

Substantiivne kood	Alakategooria	Ülakategooria
-Oskamatus karke igapäevatoimetustel kasutada -Teadmatus füüsilise koormuse piirangutest -Teadmatus kodusest haavahooldusest -Teadmatus koduse keskkonna kohandamisest	Toimetulekut raskendas ebapiisav õpetus	Toimetulek kodus pärast puusaliigese endoproteesimist
-Raskendatud kodu korrashoidmine -Häiritud uni asendivahetuse keerukuse tõttu	Toimetulekut raskendasid liikumispiirangud	
-Liigse mööbli olemasolu kodus -Mittesobiliku kõrgusega mööbel -Kitsad toad ja koridorid -Lävepakkude ja ebatasasuste olemasolu -Ebasobiv põrandakate	Toimetulekut raskendas kodune keskkond	(järgneb)

-Üksinda elamine -Lähedaste inimeste puudumine	Toimetulekut raskendas tugivõrgustiku puudumine	
-Abivahendite olemasolu enne haiglasse minekut -Varane koduse keskkonna ettevalmistus -Oskus kasutada abivahendeid õigesti -Oskus karkudega treppidel liikuda	Toimetulekut lihtsustas piisav õpetus	
-Varasemalt isiklik kogemus sama operatsiooniga -Lähedase inimese kogemus sama operatsiooniga	Toimetulekut lihtsustas varasem kogemus	
-Suutlikkus kohaneda operatsioonijärgsete piirangutega -Suutlikkus kohaneda operatsioonijärgse valuga ja/või tagasilöökidega	Toimetulekut lihtsustasid isikuomadused	

Uuritavad kirjeldavad, et kogesid **raskendatud toimetulekut ebapiisavast õpetusest haiglast lahkumisel**. Enamasti valmistas raskusi oskamatus kasutada karke sihipäraselt söögitegemisel, majapidamistöodel, lemmikloomade eest hoolitsemisel. Kuna uuritavad ei osanud sageli nendel tegevustel karke õigesti kasutada, loobuti aeg-ajalt üldse nende kasutamisest. Kirjeldati, et ei teatud, millal võib hakata füüsilist koormust suurendama, näiteks rohkem kõndima või rattaga sõitma. Samuti toodi välja, et ei saadud piisavat õpetust koduseks haavahoolduseks. Uuritavatele küll selgitati, et haav on paranenud, kuid samas oli haiglast lahkumisel haaval sageli plaaster peal ning see tekitas uuritavates segadust ja ebakindlust, sest nad ei teadnud, kas haav vajab veel hooldust.

Uuritavad kirjeldasid **raskendatud toimetulekut liikumiskiirangute tõttu**, mis olid takistuseks igapäevatoimetutuste tegemisel. Keeruline oli teha isegi tubaseid tegevusi nagu koristamine või lastelastega mängimine. Liikumist ning igapäevategevuste tegemist takistas ka valu. Häiritud oli uni, seda nii valu tõttu kui ka asendivahetuse kartuse tõttu. Uuritavad kirjeldasid, et kartsid läbi une magamisasendi muutmist, sest oli oht enesevigastamiseks.

„Mul lapselapsed pidid tulema siin üheks nädalaks külla, aga ma ei lubanud tulla, sest olin ise alles karkudega ja kartsin, et nad jooksevad mu pikali oma mängudega“ (13)

„/.../ unerohtu ma võtsin küll haiglas, aga kodus enam ei julgenud, sest kartsin, et siis jään nii raskelt magama ja teen läbi une mõne vale liigutuse.“ (8)

Kirjeldati **raskendatud toimetulekut koduse keskkonna tõttu**. Leiti, et kodudes oli vähem ruumi abivahenditega liikumiseks kui haiglakeskkonnas, seega oli ruumipuuduses keeruline toime tulla. Liigse mööbli olemasolu, lisaks erinevad põrandakatted ning põranda ebatasasused olid asjaolud, mis valmistasid kõige enam ebamugavusi. Uuritavad kirjeldasid, et kitsaste olude tõttu kasutasid nad liikumisel mööbli tuge mitte küünarkarke. Samuti toodi välja, et mööbel ei ole piisavalt sobiv õige asendravi jaoks, näiteks diivani ebasobiv kõrgus või selle liigne pehmus istumiseks. Kirjeldati ka, et vajalik on õpetada, kuidas valmistada kodust keskkonda ette enne operatsioonile minekut. Kui koduse keskkonna kohandamise olulisusest räägitakse alles haiglast lahkudes, siis on seda keeruline korraldada, eriti nendel, kes elavad üksinda.

„/.../ siin pole ju ruumi nende karkudega ringi kõndimiseks, koguaeg jääb midagi jalgu /.../“ (3)

„/.../ oleks ma enne teadnud, et mul kitsaks läheb siin, siis oleksin pooled asjad siit eest ära lasknud viia...aga nüüd on poeg juba tagasi oma kodus ja pean ise hakkama saama“ (4)

Kodust toimetulekut raskendas **tugivõrgustiku puudumine**. Kirjeldati, et üksinda elades on kodune toimetulek keerulisem kui perega koos elades, sest vajadusel ei ole kelleltki abi paluda. Kaks uuritavat tõid välja, et on pidanud paluma naabritelt poest toitu tuua, sest ise ei ole julgenud poodi üksinda minna. Kõrvalise abi küsimise võimalus on uuritavate sõnul oluline aspekt, mis lisab turvatunnet.

„Ma olen pidanud peaaegu kõiges paluma abi oma pojalt, kes isegi ei ela minuga koos...aga üksinda on raske hakkama saada“ (12)

Toimetulekut kodus **lihtsustas piisav õpetus**. Uuritavatel läks kodune toimetulek kergemini kui neile jagati enne haiglasse minekut informatsiooni sellest, milliseid abivahendeid peale operatsiooni vaja on. See andis võimaluse varakult abivahendeid hankida. Uuritavad kirjeldasid, et kui neile jagati põhjalikku informatsiooni operatsiooni olemusest ja kogu protsessist, siis see tagas neile hea ettevalmistuse paranemiseks. Õpetus koduse keskkonna kohandamise ja abivahendite kasutamise kohta lisas uuritavatele enesekindlust. Eriliselt rõhutati treppidel liikumise õpetust haiglas, mida üksinda kodus ei oleks julgenud teha.

„/.../ kui mulle poleks haiglas õpetatud, kuidas trepist käia karkudega, siis ma vist olekski ainult siin toas esimesel korrusel ja ei julgeks minna teisele korrusele enam.“ (2)

Lihtsamat toimetulekut kogeti varasema kogemuse olemasolu tõttu. Uuritavad, kel oli varasem kogemus puusaliigese endoproteesimisega, said koduse toimetulekuga paremini hakkama. Olemas olid mõningad teadmised abivahenditest ja nende kasutamisest, samuti liikumispääsudest. Lähedase inimese kogemus sama operatsiooniga mõjus samuti positiivselt ning lihtsustas toimetulekut.

„/.../ mul ju üks puus juba on vahetatud ja seekord oli selle võrra mul siin kodus kergem /.../ (15)

„/.../ siis kui mul vend käis sellel operatsioonil, siis ma sain temalt laenata abivahendeid mis vaja...ei pidanudki ise midagi väga ostma /.../ (6)

Uuritavate **isikuomadused** tegid toimetulekut lihtsamaks. Positiivne ellusuhtumine aitas kaasa operatsioonijärgsete piirangutega kohanemisele, sest osati vaadata seda kui kõigest ühte etappi, mis aitab edasi liikuda parema elukvaliteedini. Samuti tegi see operatsioonijärgse valuga kohanemise lihtsamaks, meeletult ei lastud langeda ning pigem leiti, et operatsioonieelne aeg koos aastatepikkuse valuga oli palju keerulisem kui praegune, kus valu polnud nii tugev ega järjepidev.

„/.../ mis mul siin ikka kurta on..., ega see hädaldamine ju asja paremaks kuidagi ei tee. Mina olen ikka pigem optimistlik /.../ (5)

4.3. Patsientide tunded pärast puusaliigese endoproteesimist

Kolmas ülakategooria kirjeldab patsientide tundeid pärast puusaliigese endoproteesimist. See moodustus neljast alakategooriast: „Hirm enesevigastamise ees“, „Ebakindlus tuleviku osas“, „Hirm ja ärevus vähesest individuaalsest lähenemisest“ ja „Rahulolu elukvaliteedi paranemise üle“ (vt tabel 3)

Tabel 3. Patsientide tundeid kirjeldavad substantiivsed koodid alakategooriad ning ülakategooria

Substantiivsed koodid	Alakategooria	Ülakategooria
-Hirm igapäevatoimetusi tehes kukkuda -Hirm libisemise ees vannitoas -Hirm õues liikumise ees -Hirm treppidel liikumise ees	Hirm enesevigastamise ees	Tunded pärast puusaliigese endoproteesimist
-Ebakindlus taastumise osas -Ebakindlus kojumineku osas -Ebakindlus iseseisvuse kaotamise tõttu -Ebakindlus üksinda elamise tõttu	Ebakindlus tuleviku osas	
-Hirm ja ärevus tüsistuste tekkimise tõttu -Hirm kaasuvate haiguste ägenemise tõttu -Hirm vähese julgustamise tõttu haiglas -Ärevus liigse informatsiooni tõttu	Hirm ja ärevus vähesest individuaalsest lähenemisest	
-Rahulolu liikumisvõime paranemise üle -Rahulolu valude leevendumise üle -Rahulolu meeleolu paranemise üle -Rahulolu valuvaigistite tarbimise vähendamise üle	Rahulolu elukvaliteedi paranemise üle	

Patsiendid kogesid pärast puusaliigese endoproteesimist **hirmu enesevigastamise ees**. Hirm kukkumise ees oli kõige suuremaks takistavaks teguriks kodusel toimetulekul. Kogeti hirmu selle ees, et libisetakse vannitoas hügieenitoimingutel ning sellega seoses vigastatakse opereeritud jalga. Õues kartsid uuritavad liikuda seetõttu, et olid talvised ilmaolud ning libeduse oht oli suur ja uuritavad ei tundnud end õue mineku osas turvaliselt. Lisaks toodi välja, et õues on ka liiga palju ebatasasusi, mille tõttu on kõndimine keerulisem ning oht enesevigastamiseks on suur. Treppidel kardeti liikuda ebakindluse tõttu.

„Vannitoas kartsin alguses päris palju, just libeduse pärast, seepärast ei saa ka õues praegusel ajal väga käia, sest kardan et libisen ja kukun.“ (6)

„/.../ vist see hirm üksinda kusagil käimise ees oligi alguses kõige suurem /.../“ (3)

Ebakindlust tuleviku osas kirjeldasid uuritavad kui tunnet, mis neid häiris. Toodi välja, et ei oldud enda paranemise osas optimistlikud ning kardeti, et paranemist ei toimugi või ei toimu see piisavalt kiiresti. Olgugi, et enamasti oodati haiglast kodusesse keskkonda naasmist, esines siiski kahtlusi iseseisvalt hakkamasaamise osas. See aga tekitas omakorda ebakindlust haiglast lahkumisel. Ebakindlust tunti ka veel iseseisvuse kaotamise tõttu. Toodi välja, et juba teadmine, et iseseisvalt hakkama ei saada, mõjus nende emotsionaalsele seisundile. Uuritavad kirjeldasid, et sõltusid esimestel nädalatel operatsioonijärgselt väga palju kõrvalisest abist ning neil tekkis hirm, et nad ei saagi iseseisvust tagasi.

„Kuju ma tegelikult väga kartsin minna... ma kartsin, et ei saa ise hakkama“ (14)

Uuritavad kirjeldasid, et kogesid ärevust, mis oli tingitud **vähesest individuaalsest lähenemisest**. Kogeti seda juhul kui oli tekkinud tagasilööke paranemisel, sest puudus kindlustunne tuleviku osas. Samuti kasvas ärevus kaasuvate haiguste ägenemisega, mis olid taastumisel takistuseks. Toodi välja, et haiglakeskkonnas oli vähe julgustamist tuleviku osas. Sooviti rohkem positiivset tunnustamist ning kinnitamist, et toimetulek kodus läheb hästi. Informatsiooni saadi peamiselt vastavast infovoldikust, kuid sealne info oli liiga üldine ning ei andnud vastuseid kõikidele küsimustele. Vajalikku teavet saadi

lisaks ka raviarstilt ja füsioterapeudilt, kuid siiski tekkis uuritavatel tunne, et see pole piisavalt individuaalne.

„/.../ alguses mulle öeldi kohe, et liigun nii hästi, et võin minna varsti koju...aga tegelikult ma tundsin suurt hirmu selle ees, et kuidas ma seal siis üksinda hakkama saan /.../ (4)

Uuritavad kogesid pärast puusaliigese endoproteesimist **rahulolu elukvaliteedi paranemise pärast**. Rahulolu tekkis siis, kui operatsioonist oli juba mitu nädalat möödas ning tervis paranemas. Kõige enam tunti rõõmu selle üle, et liikumine muutus järjest paremaks. Samuti tekitas rahulolu paranenud haav ning oskus kasutada erinevaid abivahendeid igapäevategevustel. Toodi välja ka rõõmu- ja rahulolutunnet selle üle, et valu on leevendunud. Uuritavad kirjeldasid pikaajalise kroonilise valu leevendumist ning sellest tulenevalt ei pea enam tarbima järjepidevalt valuvaigisteid. Leiti ka, et pärast operatsiooni olnud valu leevendus järjest aja möödudes. Kõige sellega seoses paranes ka uuritavate meeleolu, sest järjest enam hakati taas iseseisvamalt hakkama saama ning tuleviku ees ei olnud enam nii suurt ebakindlust.

„Pidevalt ei pea enam sõõma tablette, et valu leevenduks /.../“ (1)

„/.../ nüüd ma isegi tahan rohkem toimetada ja teha asju, mida varem enam teha valu tõttu ei tahtnudki“ (8)

5. ARUTELU

5.1.Patsientide teadmised ja oskused pärast puusaliigese endoproteesimist

Patsientide teadmised ja oskused pärast puusaliigese endoproteesimist on enamjaolt seotud füüsilise toimetulekuga. Käesoleva uurimistöö tulemustest selgus, et uuritavad teadsid operatsioonijärgsest perioodist üsna vähe. Välja toodi, et taastumine ja abivahendite kasutamise aeg oli pikem kui esialgu arvati. Varasemates uurimistöödes viidatakse samuti, et taastumisperiood osutub oodatust pikemaks ja sellega ei osata arvestada (Sjoveian ja Leegard 2017). Käesoleva töö autor puutub igapäevaselt oma ametist tulenevalt kokku patsientide statsionaarsele taastusravile broneerimistega ning oma kogemustele tuginedes võib öelda, et paljud patsiendid helistavad taastusravi osakonda mitu kuud enne oodatavat operatsiooni ja soovivad endale kohta taastusravisse. Enamasti on helistamise põhjuseks soovitus pereõelt või mõnelt tuttavalt. Samadest telefonikõnedest on tulnud välja patsientide hirm üksinda kodus toimetuleku ees ning haiglast kojuminekut soovitakse edasi lükata. Võimalik, et pereõdede individuaalsemal lähenemisel patsientide nõustamisel tõuseks patsiendi teadlikkus ja sellega ka enesekindlus ning parem valmisolek koduseks toimetulekuks. Selleks aga on vaja täpsemaid teadmisi, kuidas patsiendid tegelikult kodus toime tulevad.

Haiglas viibides said uuritavad uusi teadmisi erinevatest abivahenditest. Esialgu tutvuti nendega, mis on mõeldud liikumiseks, nagu kõrge rulaator ja küünarkargud. Õpiti liikuma nii tasasel pinnal kui ka treppidel. Liikumisabivahendite õigesti kasutamist õpetab haiglas füsioterapeut ning patsiendi füüsilisest võimekusest sõltuvalt valitakse liikumiseks sobiv abivahend. Tavaline praktika on, et esmalt liiguvad patsiendid kõrge rulaatori abil, kuid võimalikult kiiresti hakatakse õppima küünarkarkude kasutamist. On ka patsiente, kelle füüsiline võimekus on madalam ning liikuma jäädaksegi kõrge rulaatoriga. Käesolevas töös olid samuti mõned üksikud uuritavad, kes jäidki kasutama kõrget rulaatorit, tulenevalt oma tervislikust seisundist. Lisaks liikumiseks mõeldud abivahenditele saadi teadmisi ka teistest igapäevaelu lihtsustamiseks mõeldud vahenditest. Haarats, sokijalgatõmbaja ning asendravi vahendid, olid suurele osale uuritavatest uued ning nende õiget kasutamist tuli harjutada läbi praktiliste õpetuste. Taastusravi osakonnas õpetab patsientidele abivahenditega igapäevaseid tegevusi tegevusterapeut. Õpitakse näiteks riietumist, pesemist, esemete

põrandalt üles võtmist, kasutades selleks õiget tehnikat. Uuritavad tõid välja, et erinevate tegevuste läbiproovimine aitas kodus küll enesekindlamalt toime tulla, kuid alati ei tehtud kõike selliselt nagu haiglas õpetati. Siinkohal on oluline jälgida, et patsiendid saavutaksid haiglas olles piisavalt head oskused abivahendite kasutamiseks, et kodus neid õigesti kasutada ja kergemini toime tulla (Demir ja Erdil 2018).

5.2. Patsientide toimetulek kodus pärast puusaliigese endoproteesimist

Inimeste igapäevategevustega toimetuleku mõõtmiseks on maailmas kasutusel mitmeid erinevaid mõõdikuid, mille abil saab hinnata tegevusi nagu toidu valmistamine, majapidamistööde tegemine, transpordi kasutamine, poes käimine, enesehooldamine, rahaasjadega tegelemine, ravimite kasutamine (Graf 2006). Käesolevas töös ei kasutatud küll töö metoodikast lähtuvalt ühtegi mõõdikut, kuid uuritavad tõid oma koduse toimetuleku kogemuste kirjeldamisel välja eelpooltoodule sarnaseid tegevusi, mis neile raskusi valmistasid. Uuritavad kirjeldasid oma toimetuleku kogemusi ning asjaolusid, mis seda raskendasid ning ka neid, mis lihtsustasid.

Igapäevased asjad, mis varem olid patsientide jaoks tavalised, muutusid peale puusaliigese endoproteesimist keerulisemaks. Olgugi, et ka enne operatsiooni oli kulunud liigese tõttu nende igapäevane elu osaliselt juba häiritud. Uuritavad tunnistasid, et ei kasutanud iga kord abivahendit, sest see oli ebamugav või ei olnud parajasti käeulatuses. Varasemalt on samuti välja toodud, et igapäevaste lihtsate asjadega tegelemine on raskendatud liikumisabivahendite tõttu, mida on kohustus kasutada. Olgugi, et need on mõeldud inimeste kergemaks toimetulekuks, on siiski kohanemine raske ning patsientide hinnangul ei tee toimetulekut kergemaks. (McHugh ja Luker 2012, Sjoveian ja Leegard 2017.) Käesolevas töös tõid uuritavad välja, et pärast operatsiooni oli raskendatud söögitegemine karkude kasutamise tõttu. Piirangud teatud asenditele, näiteks kummardamisele ja kükitamisele, muutsid raskemaks kodu koristamise ja lastelastega tegelemise. Pesemistoimingutega esines uuritavatel hirme ja kardeti kukkumist, seega loobuti mõnikord regulaarsest igapäevasest pesemisest. Vannitoas libisemise vältimiseks ja turvalisuse tagamiseks on soovitatud kasutada libisemisvastaseid matte, kuid seda tegid vähesed uuritavad. Need, kes elasid lähedastega koos, kasutasid turvalisuse tagamiseks pigem nende tuge ja abi kui erinevaid abivahendeid. Üksikud uuritavad olid soetanud endale dušitooli, millel nad said end pesta istudes, sest haiglas olles oli sellega positiivne kogemus olemas. Käesolevast tööst selgub, et enamus uuritavatest ei osanud enne operatsiooni mõelda, kuidas

kodus igapäevatoiminguid teha. Selliste olukordade vältimiseks on oluline haiglas tagada patsientidele põhjalik juhendamine koduseks igapäevatoimetulekuks.

Toimetulekule mõjus raskendavalt kodune keskkond, mida ei osatud eelnevalt ette valmistada ega arvestada, et pärast operatsiooni võib seal abivahenditega liikumine olla raskendatud. Grant jt (2009) tõid oma uurimistöös välja, et patsiendid soovivad ise otsustada, milliseid abivahendeid kasutada ning millal seda teha. Käesolevas töös tundus osadele uuritavatele samuti lihtsam loobuda abivahendite kasutamisest ning liikuda toetudes mööblile või üldse ilma toetuseta. See aga on suureks riskiks tüsistuste tekkimisel. Seda enam on oluline juba haiglas olles harjutada läbi võimalikult palju kodus ettetulevaid situatsioone. Reay jt (2015) tõid samuti oma töös välja, et kodune keskkond võib mõjutada patsientide abivahendite kasutamise võimalusi. Alati ei ole võimalik kodust keskkonda sobivaks kohandada vaid tuleb õppida selles keskkonnas igapäevaselt ohutult tegutsema. Seega on tähtis välja selgitada patsientide elutingimused ja igapäevased kohustused. Näiteks, kas patsiendil on kodus ahi, mida peab kütma või lemmikloom, kelle eest ta peab hoolitsema. Patsientide individuaalsete vajaduste väljaselgitamine ei pruugi alati õnnestuda ning pigem kipuvad tervishoiutöötajate poolsed õpetused olema üldised. Seda võib soodustada asjaolu, et spetsialiste on haiglas liiga vähe ning aeg, mida ühele patsiendile pühendada on piiratud. Samas puudub patsientidel endil sageli reaalne ettekujutus, millised takistused kodus ette tulla võivad, seetõttu ei oska nad piisavalt detailselt spetsialistidelt nõu ja abi küsida. Võimalus selle olukorra lahendamiseks on näiteks töötada välja paberkandjal vorm, mida patsient saab täita haiglasoleku ajal. Selliselt saab ta läbi mõelda, millised on tema igapäevased kodused tegevused, sealne keskkond ja nendest tulenevad vajadused juhendamiseks. Selliselt saavad osakonna töötajad ka ülevaate patsiendi individuaalsetest vajadustest ja muuta patsiendiõpetust eesmärgipärasemaks.

Käesolevast tööst selgus, et uuritavad, kes elasid koos perega tundsid end kindlamalt, kui need, kes elasid üksinda. Kõrvalise abita ei saanud ükski uuritavatest hakkama ning tunnistati, et pere või sõprade abita oleksid nad pidanud minema hooldusasutusse, kus paraneda. Enamasti olid uuritavatel pereliikmed olemas ning vajalikku abi saadi nendelt. Kuid oli ka uuritavaid, kelle lähedased olid kaugel ning abi paluti naabritelt. Eduka toimetuleku juures on vajalik tugivõrgustik, kellelt saab emotsionaalset, sotsiaalset ja vajadusel ka finantsilist tuge (Perry jt 2011, Wu jt 2018). Ilma sotsiaalse tugivõrgustikut on kohanemine uue olukorraga keerulisem ja stressirohkem, kuid sageli ei oska tervishoiutöötajad patsiendile ja tema lähedastele selgitada, et sotsiaalne suhtlus on taastumisel

hädavajalik (Reay jt 2015). Haiglas aitab üksikuid inimesi edasise elu korraldamisel enamasti haigla sotsiaaltöötaja. Vajadusel otsib ta patsiendile koha mõnes õendusabiosakonnas või hooldekodus ning kontakteerub patsiendi elukohajärgse omavalitsusega ja sõltuvalt abivajadusest pannakse paika edasine tegutsemiskava. Tänapäeval esineb järjest enam üksikuid inimesi, kes vajaksid abi ja toetust, eriti peale haigestumist. Olgugi, et kõrvalise abi vajamine tekitas uuritavates abitusetunnet, on siiski tähtis, et patsient ei tunneks end üksinda ja hooletusse jäetuna. Koostöös sotsiaaltöötajaga peab tagama inimväärse toimetuleku ning ohutu taastumise. Lisaks tugivõrgustiku olemasolule, on tähtis, et inimesel endal oleksid isikuomadused, mis aitavad keerulistes olukordades toime tulla. Uuritavad, kellel oli positiivne ellusuhtumine kohanesid paremini neile seatud piirangutega ning valuga. Strickland jt (2017) leidsid samuti, et inimese huumorimeel aitab kaasa paremale taastumisele.

Toimetulekut lihtsustas uuritavate või nende lähedaste varasem kogemus puusaliigese endoproteesimisega kuna olemas olid juba osalised teadmised abivahenditest ja liikumispääsudest. Varasem kogemus aitas kiiremini omandada vajalikud oskused. Strickland jt (2017) tõid oma töös samuti välja, et varasem kogemus mõjub toimetulekule positiivselt ja muudab patsiendid enesekindlamaks.

5.3. Patsientide tunded pärast puusaliigese endoproteesimist

Pärast puusaliigese endoproteesimist tundsid uuritavad hirmu, ärevust ja ebakindlust. Hirmu tunti eelkõige kukkumise ees. See aga muutus omakorda takistavaks teguriks toimetulekul. Kõige suuremat hirmu valmistas oht libiseda ja seda nii toas kui ka õues. Kuna käesoleva uurimistöö teostamine jäi talvisesse perioodi, siis talvised ilmaolud olid peamiseks põhjuseks, miks inimesed ei julgenud õues liikuda. Samas toodi välja ka, et õues on ebatasasusi, mis muudavad liikumise riskantseks, seega ei saa väita, et hirm on põhjustatud vaid talvise perioodi tõttu ning uurimistulemused oleksid suvisel perioodil olnud teised.

Uuritavatele mõjus ärevust tekitavalt ebakindlus tuleviku osas, kardeti, et paranemine võtab oodatust kauem aega või ei paraneta üldse. Kojuminekut enamasti oodati, sest seal oli tuttav ja turvaline keskkond. Samas tekitas haiglast lahkumine hirmu iseseisva toimetuleku ees ning kardeti jääda sõltuvaks kõrvalisest abist. Ka Changsuphan jt (2018) ning Perry jt (2011) tõid välja, et sõltuvus kõrvalisest abist ja sellest, et lähedased peavad koju jääma nende eest hoolitsema mõjutab negatiivselt

nende emotsionaalset seisundit. Käesolevast tööst selgub samuti, et tuntakse end halvasti kui on vaja paluda kõrvalist abi asjades, millega varasemalt saadi iseseisvalt hakkama. Ootused operatsioonist paranemisele on sageli kõrged ning kui tekivad esimesed tagasilöögid, siis kutsub see esile negatiivseid emotsioone (Gustaffson jt 2010). Varasemalt on välja toodud, et haiglas peaksid tervishoiutöötajad keskenduma patsientide hirmude ja ärevuse vähendamisele (Gustaffson jt 2010, Nagai jt 2014, Buker jt 2019). Käesolevas töös tundsid uuritavad samuti, et oleksid soovinud haiglas rohkem julgustamist ja kindlustunnet, et kodune toimetulek läheb hästi. Kodus olles sooviti tagasisidet oma taastumise kohta ja vastuseid tekkinud küsimustele. Teadmatus, millal võib abivahendite kasutamisest loobuda ning millal suurendada füüsilist koormust, suurendavad ebakindlustunnet ja ärevust.

Mitmes Eesti tervishoiuasutuses on olemas ortopeediaõdede iseseisev vastuvõtt. Sealne nõustamine toimub tavaliselt üks kuu enne oodatavat operatsiooniaega. Järelkontroll pärast operatsiooni on asutuste lõikes erinev. Näiteks SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla väljatöötatud patsiendi infolehes on kirjas, et järelkontroll toimub enamjaolt ühe aasta jooksul pärast operatsiooni, vajadusel määratakse raviarsti poolt varasem aeg (Tutt ja Lepjoškina 2015). AS Ida-Tallinna Keskhaigla infomaterjalis puudub järelkontrolliks konkreetne ajavahemik (Puusaliigese endoproteesimine 2007). SA Tartu Ülikooli Kliinikumis välja töötatud infolehes on konkreetselt kirjas, et kontroll toimub tavaliselt kuue kuu jooksul pärast operatsiooni (Puusaliigese endoproteesimine 2020). Olemas on ka mitmeid erapraksised, kus pakutakse ortopeedi ja ka füsioterapeudi konsultatsioone, kuid need on enamasti tasulised ning patsient peab ise need kohad üles leidma. McHugh ja Luker (2012) ning Specht jt (2018) tõid oma uurimistöös välja, et spetsialistide ja patsientide vahel tuleks välja töötada telefonikonsultatsioonid või pakkuda ambulatoorseid vastuvõtte lihtsalt seisundi kontrollimise ja tagasiside andmise eesmärgil. Käesolevas töös osalenud uuritavad selliseid ettepanekuid välja ei toonud, kuid töö autori arvates on selline ettepanek igati asjalik ja tänapäeva digivõimalusi arvesse võttes võimalik ellu viia. Välja võiks töötada digitaalse võimaluse endoproteesitud patsientide nõustamiseks operatsioonijärgsel perioodil, et pakkuda tagasisidet ja toetust neile enne järelkontrolli minekut. Spetsialist, kes patsiente telefoni teel või muud digitaalset võimalust kasutades nõustab, peaks olema käesoleva töö autori arvates füsioterapeut ning ka tegevusterapeut, kel on teadmised, oskused ning ka kogemused endoproteesitud patsientidega. Kõikidel patsientidel ei ole võimalik käia ambulatoorsel vastuvõtul ning arvestades käesoleva töö tulemustes välja toodud hirme õues liikumise ees, siis kodust lahkumata tagasiside ja nõu saamine oleks hea võimalus. Siin võib aga esimeseks

murekohaks saada spetsialistide ebapiisav ressurss. Tartu Ülikool võtab igal aastal vastu 45 õppijat füsioteraapia erialale, Tartu Tervishoiu Kõrgkool 30. Tegevusterapeute õpetatakse Eestis vaid Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolis ning igal aastal võetakse sinna vastu 20 õppijat. Spetsialistide ajalist ressursi saab ilmselt leevendada just digitaalseid lahendusi kasutades, sest selliselt saab olla paindlik. Küll aga on vajalik konsultatsioonide rahastamine haigekassa poolt ning seejärel nende organiseerimine haiglatelt, et tagada patsientidele tasuta ja kättesaadav nõustamine.

Käesolevas töös kogesid uuritavad kodusel toimetulekul rahulolu. See oli tingitud elukvaliteedi paranemisest, mida kogeti alles siis, kui operatsioonist oli möödas mitu nädalat ning tervis taastumas. Kõige rohkem rõõmustati liikumise paranemise üle. Mitmed uuritavad kannatasid haigusest tingitud valu pikalt enne operatsiooni ning sellest tulenevalt oli liikumine vaevaline. Aja möödudes tekkis rahulolu, et operatsioon oli möödas, haav paranemas ning valu ei olnud enam nii järjepidev. Sellega seoses vähenes valuvaigistite tarvitamise hulk ning see omakorda tõstis meeleolu ning ebakindlus kadus. Ka Demir ja Erdil (2012) esitasid, et patsientide elukvaliteet paraneb ning alates 6-ndast operatsioonijärgsest nädalast ollakse iseseisvamad.

5.4. Uurimistöö usaldusväärsus ja kitsaskohad

Uurimistöö usaldusväärsuse tagamiseks on püütud uurimistöö kõiki aspekte põhjalikult kirjeldada. Andmete analüüsimiseks on kasutatud sobivat analüüsimeetodit. Kvalitatiivses uurimistöös on uurija tihedalt seotud andmete kogumise protsessiga, mis hõlmab endas andmete saamist, reageerimist, suhtlemist, tagasipeegeldamist, seostamist, tähenduse otsimist ning andmete salvestamist (Gray jt 2017). Käesoleva töö autor püüdis jääda objektiivseks nii andmete kogumise, analüüsi ning tulemuste esitamisel. Algaja uurijana ei osanud töö autor ette näha probleeme, mis uurimistöö teostamise ajal esile kerkisid.

Uurimistöö kitsaskohaks on asjaolu, et uurimistöösse kaasati vaid Tartu Ülikooli Kliinikumi statsionaarse taastusravi osakonnas viibinud patsiendid. Seda asjaolul, et uuritavate valikukriteeriumite kohaselt sobisid uurimistöösse nii statsionaarse taastusravi kui ka ortopeedia osakonna patsiendid. Töö autor alustas uuritavate värbamist statsionaarse taastusravi osakonnast ning selgus, et uurimistöös osaleda soovijaid oli oodatust rohkem, seega uuritavaid ortopeedia osakonnast juurde ei värvatud. Osalemiseks andsid nõusoleku 15 patsienti ning see arv tundus uurijale piisav, et

mitte rohkem uuritavaid kaasata. Võimalik, et käesoleva uurimistöö tulemused oleksid laiahaardelisemad kui uuritavaid oleks kaasatud ka ortopeedia osakonnast. Töö eesmärgiks ei olnud võrrelda erinevate osakondade patsientide kogemusi, kuid võimalik, et patsiendid, kes lähevad ortopeedia osakonnast otse koju, on mingil määral sealseks toimetulekuks vähem ettevalmistatud. Uurijapoolse kogenumatuse tõttu ei osatud uurimistöö kavandamise faasis näha kõiki ettetulevaid kitsaskohti. Uurimistöö kavandamisel suhtles töö autor ortopeedia osakonnaga ja teavitas uurimistöö läbiviimisest. Niipea kui selgus, et oma nõusoleku uurimistöös osalemiseks on andnud piisav hulk patsiente teavitas uurija ortopeedia osakonda sellest, et seal uurimistööd siiski läbi ei vii.

Uurija ei seadnud uurimistöös valikukriteeriumiks patsiente, kes on puusaliigese endoproteesimise läbinud esmakordselt. Sellest tulenevalt sattusid valimisse 3 uuritavat, kel oli varasem aastatetagune kogemus puusaliigese endoproteesimisega juba olemas. Kuna töö eesmärgiks ei olnud eristada varasema kogemusega ning esmakordselt endoproteesimise läbinud patsiente, siis sellist kriteeriumit värbamisel ka ei seatud. Võimalik, et uuritavad, kel oli juba varasem kogemus olemas, tundsid end enesekindlamalt ning nende kogemused toimetulekul oleksid olnud teistsugused. Selliste ohtude vältimiseks oleks olnud vajalik põhjalikuma uurimiskava tegemine.

Intervjuude toimumiseks lepitati kõikide uuritavatega kokku sobiv aeg ja koht. Enne intervjuu algust allkirjastati informeeritud ja teadliku nõusoleku vorm, mida uurija enne allkirjastamist uuritavale tutvustas ja vajadusel jagas selgitusi. Uuritava informeerimise ja teadliku nõusoleku vormi oli lisatud lause, et uuritaval on võimalus uurimistöös osalemisest igal ajal loobuda. Samas kui kogutud andmed on kodeeritud ning andmete analüüsimist alustatud, pole uuritavatel enam võimalik uurimistöös osalemisest loobuda, kuna nende andmeid ei ole võimalik enam tuvastada. Selliselt esitati antud vorm TÜ inimuuringute eetikakomiteele ning seetõttu ei olnud võimalik seda lauset enam eemaldada. Ükski uuritav käesolevas uurimistöös osalemisest loobumiseks soovi ei avaldanud.

Uurija püstitas uurija patsientide teadmiste ja oskuste uurimiseks kaks iseseisvat intervjuu küsimust. Intervjuu küsimusi koostades ning uurimistööks esialgselt materjali otsides tundus see otstarbeks, samuti on lühikesed ja ühte nähtust kirjeldavad küsimused uuritavale paremini mõistetavad ja aitavad paremini vastata. See on oluline, et saada praktikasse oskuste ja teadmiste kohta võimalikult palju teavet. Intervjuusid läbiviies selgus, et uuritavad rääkisid läbisegi nii teadmistest kui oskustest ning tagantjärele hinnates, oleks võinud oskuste ja teadmiste kohta püstitada ühise küsimuse.

Prooviintervjuust ei tulnud see kitsaskoht välja. Selliste olukordade vältimiseks oleks otstarbekas läbi viia vähemalt kaks prooviintervjuud. Lähtuvalt eelpooltoodust on töös oskuste ja teadmiste teemad koondatud kokku.

Uuriija puutus mitmel korral kokku asjaoluga, et uuritavad rääkisid teemast esialgu väga napisõnaliselt ning uurija pidi uuritavatele mõnel juhul esitama küsimusi korduvalt. Samas osad uuritavad kaldusid teemast kõrvale ning rääkisid teemadest, mis antud nähtust ei puudutanud. Sellises olukorras ei katkestatud uuritava juttu, kuid võimaluse tekkimisel palus uurija viisakalt püsida teemas. Võimalik, et uuritavad ei tundnud end piisavalt julgelt ja mugavalt kõikide kogemuste kirjeldamiseks. Uuriija püüdis tagada uuritavatele intervjuude tegemiseks võimalikult sõbraliku ja turvalise õhkkonna, kuid sellegipoolest esines olukordi, kus oli näha, et uuritav ei tunne end mugavalt kui diktofon tööle pandi. Sellistel kordadel julgustas uurija uuritavat rääkima ning mitte diktofoni tähele panema. Intervjuude toimumise ajal esines ühel korral olukord, kus diktofon lülitus välja samal ajal kui uuritav oma kogemustest rääkis. Sel korral pidi uurija uuritava katkestama, vaatama diktofoni seisukorra üle ning seejärel uuesti seda käivitades paluma uuritaval oma juttu jätkata sealt, kus see pooleli jäi. Sellised olukorrad muudavad nii uurijal kui ka uuritaval olukorra ebamugavaks ning jutu jätkamisel ei pruugi kõik meelde tulla selliselt, nagu algselt oli plaanis rääkida. Palju oli olukordi, kus uurija märkas, et uuritavad ei olnud pikalt saanud oma kogemustest rääkida ning intervjuud oli oodatud. See lihtsustas uurija tööd ja intervjuude läbiviimist, sest ei olnud suurt pinget peal ning uuritavad jagasid oma kogemusi pigem heameelega.

Käesolevas uurimistöös kasutatud allikaid on kriitiliselt analüüsitud ja hinnatud. Kaasatud allikad olid uurimistöö eesmärgist lähtuvalt asjakohased. Allikatele on korrektselt viidatud ning lisatud kasutatud kirjanduse loetellu, et vältida plagieerimist.

5.5. Tulemuste olulisus ning ettepanekud edasiseks uurimiseks

Käesolevast uurimistööst ja varasemast kirjandusest selgub, et pärast puusaliigese endoproteesimist mõjutab patsientide toimetulekut kodus eelkõige nende ettevalmistus. Kogemused kodusel toimetulekul on käesolevas uurimistöös üsnagi sarnased juba varasemates uurimistöödes toodud tulemustega. Ka varasemalt on välja toodud, et patsiendid vajavad individuaalsemalt lähenemist koduseks ettevalmistuseks. Kvalitatiivse metoodikaga läbiviidud uurimistöö tulemusi ei saa üldistada

laiemalt (Grove jt 2015), seega ei saa ka antud töö tulemusi kanda üle laiemalt puusaliigese endoproteesimist vajanud patsientidele.

Töö tulemusi plaanib töö autor tutvustada esialgu statsionaarse taastusravi osakonna kõikidele töötajatele. Igapäevane töö osakonnas hõlmab samuti kõikide personaliliikmete poolt patsiendi õpetust ja juhendamist, kuid aeg-ajalt on oluline vaadata üle võimalikud kitsaskohad ning teha töö kvaliteetsemaks muutmiseks vajalikud täiendused. Kuna patsiendi ettevalmistus haiglast lahkumiseks ja koduseks ettevalmistuseks algab osakonda saabumisel, siis on käesoleva uurimistöö tulemused oluliseks panuseks patsiendiõpetuse edendamiseks ja kvaliteetsemaks muutmiseks. Täiustades patsientide igapäevast õpetust ja juhendamist, alustades juba operatsioonieelsest õpetusest, hinnates patsiendi emotsionaalset seisundit ning kodust keskkonda. Selliselt saavad patsiendid rohkem enesekindlust ning turvatunnet koduses keskkonnas toimetulekuks. Patsientide õpetus peab toimuma individuaalsemalt, kuid sageli ei ole spetsialistidel selleks aega. Eriti ülekoormatud on hetkeolukorras tegevusterapeut, kelle ülesandeks on igapäevaseid tegevusi patsientidele õpetada ja neid koos patsiendiga harjutada. Praegu on statsionaarse taastusravi osakonnas täiskoormusega tööl vaid üks tegevusterapeut, aga voodikohti patsientidele 45. Seega on vajalik suurendada spetsialistide arvu, kes igapäevaselt patsientidega tegeleksid. Sageli ei oska patsiendid mõelda võõras keskkonnas kõigele sellele, mis neid kodus ees ootab, seega tuleb aidata neil paremini oma mõtteid koondada. Üheks võimaluseks patsientide individuaalsete vajaduste väljaselgitamiseks on välja selgitada esimestel osakonnas viibitud päevade ajal tema vajadused, selleks võib välja töötada esialgu osakonnapõhiselt paber kandjal vormi, kuhu patsient saab kirja panna oma soovid, vajadused ja muu olulise. Samuti on käesoleva töö tulemused oluliseks patsiendiõpetuse täiustamiseks pereõdedele ja ortopeediaõdedele, kes tegelevad igapäevaselt patsientide nõustamisega.

Tööst selgus, et uuritavad sooviksid kodus olles tagasisidet oma taastumise kohta või vastuseid tekkinud küsimustele. Lahendusena võiks välja töötada digitaalse võimaluse endoproteesitud patsientide nõustamiseks operatsioonijärgsel perioodil, et pakkuda tagasisidet ja toetust neile enne kui nad lähevad järelkontrolli. Kuna järelkontroll toimub enamasti mitme kuu möödudes pärast operatsiooni, siis oleks selline võimalus patsientidele heaks toeks kodust lahkumata. Sellise süsteemi väljatöötamine pole lihtne, kuid oleks vajalik, mitte ainult endoproteesitud patsientidele, vaid ka teistele.

Käesoleva uurimistöö autor teeb ettepaneku uurida edaspidi patsientide toimetulekut Eestis pärast puusaliigese endoproteesimist kodus detailsemalt, kasutades selleks mõnda juba väljatöötatud mõõdikut. Eesmärgiga uurida rohkem patsiente ja saavutada seeläbi täpsem ülevaade, millised tegevused toimetulekul on raskendatud ning parandada patsientide õpetust nii enne kui ka pärast operatsiooni.

6. JÄRELDUSED

Patsiendid saavad pärast puusaliigese endoproteesimist teadmisi operatsioonijärgsest perioodist, olemusest ja ajalisest kestusest. Palju saadakse teadmisi erinevate abivahendite olemasolust, nende tähtsusest ja hankimisest. Teadmisi saadakse asendravist, kuidas õiges asendis magada või lamada, milline on õige kehahoiak ning istumisasend. Lisaks omandatakse teadmised tüsistuste vältimisest.

Oskused, mida pärast puusaliigese endoproteesimist omandatakse on seotud abivahenditega. Omandatakse oskused liikuda õiget kõnnimustrit kasutades kõrge rulaatori ja/või küünarkarkudega. Samuti õpitakse karkudega liikumist treppidel. Lisaks liikumisabivahenditele omandatakse oskused kasutada erinevaid igapäevategevuste lihtsustamiseks mõeldud abivahendeid.

Kogemused kodusel toimetulekul on raskendatud ebapiisava õpetuse tõttu tervishoiutöötajate poolt. Patsiendid ei teadnud, kuidas kasutada karke ja samal ajal teha oma igapäevaseid tegevusi. Lisaks ei teatud, millal lõpevad füüsilise koormuse piirangud, kuidas kodus haava hooldada ning milline peaks olema koduse keskkonna ettevalmistus enne haiglast lahkumist. Toimetulekut raskendasid ka liikumisele seatud piirangud, kodune keskkond ning tugivõrgustiku puudumine. Lihtsam oli toimetulek siis, kui saadi piisavat õpetust nii enne haiglasse minekut kui ka seal olles. Samuti muutis varasem enda või lähedase inimese kogemus sarnase operatsiooniga toimetuleku lihtsamaks. Isikuomadused olid samuti toimetulekul lihtsustavaks asjaoluks.

Patsientide tunded pärast puusaliigese endoproteesimist on seotud hirmu ja ärevusega. Hirmu tekitavad võimalikud vigastused ja tüsistused, mis võivad tekkida. Ebakindlust tekitab tulevik, mis hõlmab taastumist, kojuminekut, iseseisvuse kaotamist ning tugivõrgustiku puudumist. Suuresti on see seotud liiga vähese individuaalse lähenemisega. Samuti tuntakse muret, et ei suudeta iseseisvalt toime tulla ning jäädakse sõltuvusse kõrvalisest abist. Rahulolu tuntakse kui liikumisvõime paraneb, valu väheneb ning sellega seoses tõuseb ka meeleolu.

KASUTATUD ALLIKAD

Björkman-Randström, K., Asplund, K., Svedlund, M. (2013). „I have to be patient“-A longitudinal case study of an older man's rehabilitation experience after hip replacement surgery. *Journal of Nursing Education and Practice*, 3(8): 160-169.

Buker, N., Eraslan, U., Kitis, A., Kiter, A.E., Akkaya, S. (2019). Is quality of life related to risk on falling, fear of falling, and functional status in patients with hip arthroplasty? *Physiotherapy research International*, 24: 1-5.

Changsuphan, S., Kongvattananon, P., Somprasert, C. (2018). Patient readiness for discharge after total hip replacement: an integrative review. *Journal of Health research*, 32(2): 164-171.

Converse, M. (2012). Philosophy of phenomenology: how understanding aids research. *Nurse Researcher*, 20(1): 28-32.

Demir, S.G., Erdil, F. (2013). Effectiveness of home monitoring according to the Model of Living in hip replacement surgery patients. *Journal of Clinical Nursing*, 22: 1226-1241.

Elo, S., Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1): 107-115.

Grant, S., John, St. W., Patterson, E. (2009). Recovery From Total Hip Replacement Surgery: "It's Not Just Physical". *Qualitative Health Research*, 19(11): 1612-1620.

Graf, C. (2006). Functional Decline in Hospitalized older adults, *American Journal of Nursing*, 106(1): 58-67.

Gray, R.J., Grove, S.K., Sutherland, S. (2017). The Practice of Nursing Research. Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence. Edition 8. Elsevier, Missouri.

Grove, S. K., Gray, J. R., Burns, N. (2015). Understanding nursing research: building an evidence-based practice. Edition Six.. Elsevier, Missouri

Gustaffson, B.A., Ekman, S-L., Ponzer, S., Heikkilä, K. (2010). The hip and knee replacement operation: an extensive life event. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24: 663-670.

Heiman, A., Märtsen, A. Tein, T. (2012). Ortopeedia arengukava kaasajastamine. Prognosis kuni 2020. https://www.sm.ee/sites/default/files/contenteditors/eesmargid_ja_teguvused/Tervis/Tervishoiu_susteem/Arstide_erialade_arengukavad/ortopeedia_arengukava_01.pdf (21.11.2015)

Hordam, B., Sabroe, S., Pedersen, P.U., Mejdahl, S., Soballe, K. (2010). Nursing intervention by telephone interviews of patients aged over 65 years after total hip replacement improves health status: a randomised clinical trial. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24:94-100.

Huang, T-T., Sung, C-C., Wang, W-S., Wang, B-H. (2017). The effects of the empowerment education program in older adults with total hip replacement surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 73(8): 1848-1861.

Kaheksa sammu inimese tervise heaks. Eesti õenduse ja ämmaemanduse arengustrateegia 2011-2020. Eesti Õdede Liit, Eesti Ämmaemandate Ühing. Tallinn.

Kants, K.A., Märtsen, A., Kass, A. (2000). Ortopeedia eriala arengukava. http://www.sm.ee/sites/default/files/contenteditors/eesmargid_ja_teguvused/Tervis/Tervishoiu_susteem/Arstide_erialade_arengukavad/ortopeedia.pdf (23.11.2015)

Kelk, M., Sooba, E., Nikitina, A., Lees, K., Schneider, G., Vahtrik, D., Liimand, I. (2012). Patsiendi juhindmaterjal- Puusaliigese endoproteesimine. Eesti Haigekassa.

Klemetti,S., Leino-Kilpi,H., Carbera,E., Copinatsanou,P., Istomina,N., Katajisto,J., Papastavrou,E., Unosson,M., Valkeapää,K. (2014). Difference Between received and Expected Knowledge of Patients Undergoing Knee or Hip Replacement in Seven European Countries. *Clinical Nursing Research*:1-20.

Ko,Y-L, Chu, W-E, Lin,P-C. (2015). Patsients' Perspectives on Pre-Operative Education for Total Hip replacement. *Open Journal of Nursing*, 5: 987-993.

McHugh, G.A., Luker, K.A. (2012). Individuals' expectations and challenges following total hip replacement: a qualitative study. *Disability & Rehabilitation*, 34(16): 1351-1357.

Miao,N-F., Lin, P-C.(2018). A prospective study of joint function and the quality of life of patiens undergoing total joint replacement. *International Journal of Nursing Practice*, 24: 12675.

Montin, L., Suominen, T., Haaranen, E., Katajisto, J., Lepistö, J., Leino-Kilpi, H. (2011). The changes in health-related quality of life and related factors during the process of total hip arthroplasty. *International Journal of Nursing Practice*, 17: 19-26.

Nagai, K., Ikumoto, H.,Yamada, M., Tsuboyama, T., Masuhara, K.(2014). Fear of falling during activities of daily living after total hip arthroplasty in Japanese women:a cross-sectional study. *Physiotherapy*,100: 325-330.

Perry, M.A.C., Hudson, S., Ardis, K. (2011). „If I didn't have anybody, what would I have done?": exeriences of older adults and their discharge home arter lower limb orthopeadic surgery. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 43: 916-922.

Puusaliigese endoproteesimine. Ida-Tallinna Keskhaigla patsiendiinfo.
https://www.itk.ee/upload/files/Patsiendi-infomaterjal/ITK403_Puusaliigese_endoproteesimine.pdf
(24.03.2020).

Puusaliigese endoproteesimine, Tartu Ülikooli Kliinikumi patsiendiinfo.
https://www.kliinikum.ee/ortopeedia/pildid/dokumendid/puusaliigese_endoproteesimine.pdf
(24.03.2020).

Reay, P.A., Horner, B., Duggan, R. (2015). The patient's experience of early discharge following total hip replacement. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 19: 131-139.

Sjoveian, A.K.H., Leegard, M. (2017). Hip and knee arthroplasty-patient's experiences of pain and rehabilitation after discharge from hospital. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 27: 28-35.

Soever, L.J., McKay, C., Saryedine, T., Davis, A.M., Flannery, J.F., Jaglal, S.B., Levy, C., Mahomed, N. (2010). Educational Needs of Patients Undergoing Total Joint Arthroplasty. *Physiotherapy Canada*, 62(3): 206-214.

Soodla, V. (2019). Patsientide rahulolu haiglaraviga 2019.
<http://www.kliinikum.ee/aruanded/patsientide-rahulolu-kliinikumiga> (19.06.2019)

Specht, K., Agerskov, A., Kjaersgaard-Adnensen, P., Jester, R. (2018). Patients' experiences during the first 12 weeks after discharge in fast-track hip and knee arthroplasty-a qualitative study. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 31: 13-19.

Stark, A.J., Ingadottir, B., Salanterä, S., Sigurdardottir, A., Valkeapää, K., Bachar-Lindström, M., Unosson, M. (2014). Fulfillment of knowledge expectations and emotional state among people undergoing hip replacement; A multi-national study. *International Journal of Nursing Studies*, 51: 1491-1499.

Strickland, L.H., Kelly, L., Hamilton, T.W., Murray, D.W., Pandit, H.G., Jenkinson, C. (2017). Early recovery following lower limb arthroplasty: Qualitative interviews with patients undergoing elective

hip and knee replacement surgery. Initial phase in the development of a patient-reported outcome measure. *Journal of Clinical Nursing* 27, 2598-2608.

Tammsaar, Ü. (2010). Mõisted ja definitsioonid. Tartu Ülikooli Õendusteaduse osakonna koduleht. http://tervis.ut.ee/sites/default/files/tervis/ot_moisted_ja_definitsioonid.pdf (16.02.2016)

Tervise Arengu Instituut www.tai.ee (15.01.2020)

Turner, D.W. (2010). Qualitative interview design: a practical guide for novice investigators. *The Qualitative Report*, 15(3): 754-760

Tutt, A., Lepjoškina, N. (2015). Puusaliigese endoproteesimise järgne taastumine. Põhja-Eesti Regionaalhaigla infoleht.

Vissers, M.M., Bussmann, J.B., Verhaar, J.A.N., Arends, L.R., Furlan, A.D., Reijman, M. (2011). Recovery of Physical Functioning After Total Hip Arthroplasty: Systematic Review and Meta-Analysis of the Literature. *Physical Therapy*, 91(5): 615-625

Wu, K-T., Lee, P-S., Chou, W-L., Chen, S-H., Huang, Y-T. (2018). Relationship between the social support and self-efficacy for function ability in patients undergoing primary hip replacement. *Journal of orthopaedic Surgery and Research*, 13(150): 1-8.

Lisa 1. Kutse uuringus osalemiseks

Lugupeetud patsient!

Olen Tartu Ülikooli õendusteaduse õppetooli II kursuse magistrant Jaanika Hain ja kutsun Teid osalema minu poolt läbiviidavas uurimistöös pealkirjaga „Toimetulek koduses keskkonnas pärast puusaliigese endoproteesimist- patsientide kogemused.“

Uurimistöö eesmärk on kirjeldada patsientide kogemusi toimetulekuga koduses keskkonnas peale puusaliigese endoproteesimist. Uurimistöösse kutsutakse osalema patsiente, kelle on teostatud puusaliigese endoproteesimine. Uurimistöö käigus viiakse kaks kuud pärast operatsiooni patsientidega läbi intervjuu, mille pikkuseks on orienteeruvalt 30 – 60 minutit. Intervjuu käigus palutakse patsientidel kirjeldada oma kogemusi toimetulekuga kodus pärast puusaliigese endoproteesimist.

Patsientide poolt saadud informatsiooni alusel koostatud uurimistöö aitab kaasa patsiendiõpetuse kvaliteetsemaks muutmisele ning patsientide paremale toimetulekule kodus. Samuti aitab planeeritav uurimistöö kaasa patsientide kiiremale taastumisele ja naasmisele tavaellu. Seega Teie osalemine uurimistöös annaks olulise panuse endoproteesimisejärgse taastumisprotsessi kvaliteetsemaks muutmisele.

Andmete kogumine toimub ajavahemikus: 01.11.2018 – 28.02.2019

Uuritavateks on SA Tartu Ülikooli Kliinikumis ravil viibinud patsiendid kes:

- on läbi teinud puusaliigese endoproteesimise SA Tartu Ülikooli Kliinikumis ajavahemikul 01.09.2018-30.11.2018
- on vabatahtlikult valmis uurimistöös osalema
- on võimelised intervjuu käigus informatsiooni suuliselt edastama
- on uuritava nähtuse kohta isiklikke kogemusi
- on suutelised rääkima oma kogemusest eesti keeles

Intervjuude käigus saadud informatsiooni kasutatakse ainult uurimisöö koostamiseks, tulemused avaldatakse üldistatud kujul, uuritavale tagatakse anonüümsus ja konfidentsiaalsus. Uurimistöös osalemisest on võimalus igal ajal loobuda. Uurimistöö läbiviimiseks on taotletud luba Tartu Ülikooli Inimuuringute eetikakomiteelt.

Kui arvate, et soovite oma kogemusi jagada, siis võtab uurija Teiega kahe kuu pärast teile sobival viisil (telefonitsi või e-posti teel) ühendust ning kui olete endiselt nõus uurimuses osalema, siis lepitakse kokku Teile sobiv intervjuu läbiviimise aeg ja koht.

Lugupidamisega,

Jaanika Hain

Telefon: 53 793 548

E-mail: jaanikahain@gmail.com

Lisa 2. Uuritava või tema seadusliku esindaja informeerimise ja teadliku nõusoleku vorm

Hea uurimustöös osaleja!

Olen Tartu Ülikooli õendusteaduse õppetooli II kursuse magistrant Jaanika Hain ning viin läbi uurimistööd “Toimetulek koduses keskkonnas pärast puusaliigese endoproteesimist- patsientide kogemused.”

Uurimistöö eesmärk on kirjeldada patsientide kogemusi toimetulekuga koduses keskkonnas peale puusaliigese endoproteesimist ning uurimistöö tulemused aitavad parandada patsiendiõpetust ning patsientide operatsioonijärgset toimetulekut kodus.

Uurimustöösse kaasatakse SA Tartu Ülikooli Kliinikumis ravil viibinud patsiendid kes:

- on läbi teinud puusaliigese endoproteesimise SA Tartu Ülikooli Kliinikumis ajavahemikul 01.09.2018-31.11.2018
- Nad on vabatahtlikult valmis uurimistöös osalema
- Nad on võimelised intervjuu käigus informatsiooni suuliselt edastama
- Neil on uuritava nähtuse kohta isiklikke kogemusi
- Nad on suutelised rääkima oma kogemusest eesti keeles

Uurimistöö käigus viiakse uuritavatega läbi intervjuu, mille kestuseks on keskmiselt 30-60 minutit. Intervjuu käigus palutakse teil rääkida oma kogemustest puusaliigese endoproteesimise järgsest toimetulekust koduses keskkonnas. Intervjuud lindistatakse diktofoniga, seejärel kirjutatakse andmed ümber ja analüüsitakse. Uurimistöö tulemused avaldatakse üldistatud kujul, uuritavatele tagatakse anonüümsus ja konfidentsiaalsus, uuritavate nimed on teada ainult uurimistöö teostajale ning neid ei avalikustata. Teil uuritavana on õigus uurimistöös osalemisest loobuda igal ajal, kui seda soovite. Uurimistöö teostaja käest saab igal hetkel tagasisidet küsida uurimistöö protsessi kohta.

Uurimistöö teostaja on alati valmis vastama kõikidele uurimistööd puudutavatele küsimustele.

Kui Te olete tutvunud eelneva uurimistööd puudutava informatsiooniga ning olete nõus uurimistöös osalema, siis palun kinnitage seda oma allkirjaga.

Mind,, on informeeritud uurimistööst “Toimetulek
koduses keskkonnas pärast puusaliigese endoproteesimist- patsientide kogemused.” Olen teadlik
läbiviidava uurimistöö eesmärgist, uurimistöö metoodikast ning võimalusest uurimistöös osalemisest
loobuda. Annan nõusoleku intervjuude jooksul kogutud andmete kasutamiseks uurimistöös ning
kinnitan seda oma allkirjaga.

Uuritava allkiri.....

Kuupäev:.....

Uuritavale informatsiooni andnud isik (ees- ja perekonnanimi) ning allkiri:

.....

Kuupäev.....

Käesolev patsiendi informeerimise ning nõusoleku vorm allkirjastatakse kahes eksemplaris, milles
üks jääb uuritavale, teine uurimistöö teostajale Jaanika Hain.

Lisa 3. Uuritavatele esitatavad intervjuu küsimused

Uuritavatele esitatakse intervjuu käigus järgnevad küsimused:

Milliseid uusi teadmisi omandasite pärast puusaliigese endoproteesimist?

Milliseid uusi oskusi omandasite pärast puusaliigese endoproteesimist?

Milline oli teie toimetulek kodus peale puusaliigese endoproteesimist?

Millised olid Teie tunded pärast puusaliigese endoproteesimist?

Lisa 4. Tartu Ülikooli Inimuuringute eetikakomitee luba

Protokolli nr 283T-18